

Année 1958

N°

T H E S E

296

pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

N O È L, André

Interne des Hôpitaux de Reims

Né le 1er Décembre 1928 à Charleville (Ardennes)

Présentée et soutenue publiquement le :

Titre

A PROPOS DES GRANDS KYSTES SERREUX SOLITAIRES
DU REIN

Président :

M. le Professeur JUSTIN-BESANÇON

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : N O È L

Prénom : André

Date de la soutenance :

N° d'ordre :



1

NOËL André
A propos des grands kystes
séreux solitaires du rein.
PARIS Dact. In 4° 63 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

2

NOËL André
A propos des grands kystes
séreux solitaires du rein.
PARIS Dact. In 4° 63 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

3

NOËL André
A propos des grands kystes
séreux solitaires du rein.
PARIS Dact. In 4° 63 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

4

NOËL André
A propos des grands kystes
séreux solitaires du rein.
PARIS Dact. In 4° 63 p.
Thèse Méd. Paris 1958
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1958

Année 1958

N° _____

T H E S E

pour le Doctorat en Médecine
(Diplôme d'Etat)

par

N O Ë L, André

Interne des Hôpitaux de Reims

Né le 1er Décembre 1928 à Charleville (Ardennes)

Présentée et soutenue publiquement le :

Titre

A PROPOS DES GRANDS KYSTES SERIEUX SOLITAIRES
DU REIN

Président :

M. le Professeur JUSTIN-RESANÇON

Ed. A.G.E.M.P.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0029

PROFESSEURS HONORAIRES

Bénard H., Brocq P., Bulliard H., Cadenat F., Carnot P., Chabrol Et., Champy C., Evassu M., Debré R., Delbet P., Donzelot E., Gastinel P., Guillaïn G., Halphen E., Laroche G., Laubry Ch., Lemaître F., Lévy Solal E., Lhermitte J., Lian C., Loper M., Marion G., Mathieu P., Mocquot P., Mondor H., Mulon P., Olivier E., Sannier Ch., Sannier Ch., Sézary A., Tanon L., Velter E.,

DOYEN Léon BINET *Membre de l'Institut*
 ASSESSEUR Jean VERNE

I PROFESSEURS

anatomie	MM.	CORDIER G.
anatomie pathologique		DELARUE A.
bactériologie		FASQUELLE R.
biochimie médicale		JAYLE M. F.
biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY BERT P.
biologie médicale		FAUVERT R.
oncologie médicale et sociale		BERNARD J.
biologie de cardiologie		MOUQUIN M.
		SICARD A.
biologiques chirurgicales	{ Beaujon	QUENU J.
	{ Cochin	MENEGAUX G.
	{ Hôtel Dieu	MOULONGUET P.
	{ Salpêtrière	MERLE D'AUBIGNE R.
biologie chirurgicale réparatrice et orthopédique		GAUDART D'ALLAINES F.
biologie de chirurgie cardio vasculaire		FEVRE M.
biologie de chirurgie infantile et orthopédie		MONOD R.
biologie de chirurgie pleuro pulmonaire		FUNCK BRENTANO P.
biologie gynécologique		DEGOS R.
biologie des maladies cutanées et syphilitiques		CATHALA J.
biologie des maladies des enfants		MOLLARET P.
biologie des maladies infectieuses		DELAY J.
biologie des maladies mentales et de l'encéphale		HAMBURGER J.
biologie des maladies métaboliques		CHEVALLIER P.
biologie des maladies du sang		ALAJOUANINE T.
biologie des maladies du système nerveux		JUSTIN BESANCON L.
	{ Bichat	DE GENNES L.
biologiques médicales	{ Broussais	MOREAU R.
	{ Cochin	BARIETY M.
	{ Hôtel Dieu	DEBRAY C.
biologie médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		PASTEUR VALLERY RADOT L.
biologie médicale propédeutique		BOULIN R.
biologie médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutr.		PETIT-DUTAILLIS D.
biologie de neuro-chirurgie		LACOMME M.
biologiques obstétricales	{ Baudelocque	VARANGOT J.
	{ Port Royal	LANTUEJOUL P.
biologie d'obstétrique et de gynécologie		RENAUD G.
biologie ophtalmologique		AUBIN A.
biologie oto-rhino-laryngologique		BERNARD E.
biologie de pneumo-phthisiologie		HEUYER C.
biologie psychiatrique infantile		LELONG M.
biologie de puériculture		COSTE F.
biologie rhumatologique médicale et sociale		DECHAUME M.
biologie stomatologique		SENEQUE J.
biologie thérapeutique chirurgicale		LEMAIRE A.
biologie thérapeutique médicale		FEY B.
biologie urologique		GIROUD A.
embryologie		LAMY M.
généralité médicale		SOULIE P.
histoire de la médecine et de la chirurgie		VERNE J.
histologie		TURPIN R.
hygiène et clinique de la première enfance		JOANNON C.
hygiène et médecine préventive		PIEDELIEVRE R.
jurisprudence légale		DESOILLE H.
jurisprudence du Travail		GALLIARD H.
parasitologie et histoire naturelle médicale		COUVELAIRE R.
pathologie chirurgicale		LAVIER G.
pathologie exotique		LENEGRE J.
pathologie expérimentale et comparée		MERKLEN F.
pathologie humorale et immunologie expérimentale (ch. à titre pers.)		DECOURT J.
pathologie médicale		GARCIN J.
pathologie et thérapeutique générales		MARIE J.
phlébotomie sociale		HAZARD R.
pharmacologie et matière médicale		DOGNON A.
physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)		BINET L.
physiologie		STROHL A.
physique médicale		DESGREZ H.
physiologie médicale		PATEL J.
technique chirurgicale		BROUET G.
thérapeutique		

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	{ DELMAS A., pr.s.ch. CABROL C. DEBEYRE J. OLIVIER G.		
Anatomie pathologique	{ Mlle GAUTHIER VILLARS pr. s. ch. BUSSER F. GOUYGOU Ch.	Pathologie chirurgicale	{ DUBOST C. FAUREL J. FLABEAU F. GERMAIN A. GOSSET J. LAURENCE G. LORTAT-JACOB J. MATHEY J. OLIVIER CI. POILLEUX F. THOMERET G. VERNE J.M.
Bactériologie	{ NEVOT A., pr.s.ch. CHRISTOL D.	Pathologie expérimentale	{ LOEPER J. MAURICE P.
Biochimie médicale	{ ETTORI J., pr.s.ch. DESGREZ P. POLONOVSKI J. SCHAPIRA R.		{ BOUDIN G. BOUVIER J.B. BRICAIRE H. BRISAUD H. CASTAIGNE P. CONTE M. DEROT M. DOMART A. LAMOTTE M. LAROCHE C.P. MACREZ CI. MILLIEZ P. PEQUIGNOT H. PERRAULT M. RAMBERT P. ROYER P. THIEFFRY St. TURIAF J. WOLFROMM R. N...
Biologie médicale	BOURLIERE F.	Pathologie médicale	{ JOSEPH R. MOZZICONACCI P. POLONOVSKY CI.
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT F.		{ CHEYMOL J., pr.s. Mlle LEVY, pr.s.
Embryologie	TUCHMANN DUPLESSIS H.	Pharmacologie	{ BARJETON D., pr. PARROT J., pr.s. DEJOURS P.
Histologie	{ COUJARD R. N...	Physiologie	{ DJOURNO A., pr.s. GOUGEROT L.
Hydrologie	CORNET A.	Physique médicale ...	{ PNEUMO-PHTISIOLOGIE KREIS B.
Hygiène	{ BOYER J., pr.s.ch. DEPARIS M., pr.s.ch.	Pneumo-Phtisiologie	{ KREIS B.
Maladies infectieuses	BASTIN R.	Psychiatrie	{ PICHOT P.
Médecine légale	{ DEROBERT L., pr.s.ch. GAULTIER M. HADENGUE A.	Psychiatrie infantile	{ MICHAUX L.
Médecine du travail ..	ALBAHARY C.	Rhumatologie	{ DELBARRE F.
Neuro-chirurgie	DAVID M.	Stomatologie	{ CERNEA P.
Neurologie	LHERMITTE F.	Thérapeutique	{ CHAPUT (Mme A.) CHASSAGNE P.
	{ GRASSET J. LE LORIER G. LEPAGE F. MERGER R. MORIN P. RAVINA J. ROBEY M.	Urologie	{ KUSS R.
Obstétrique	{ BREGEAT P. DESVIGNES P.		
Ophtalmologie	JUDET R.		
Orthopédie	AUBRY M.		
Oto-rhino-laryngologie	{ MADURO R. BRUMPT L.C. CHABAUD A.		
Parasitologie	{ ABOULKER P. BARCAT J. BAUMANN J. CAUCHOIX J.		
Pathologie chirurgicale			

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Clinique chirurgicale	{ AMELINE A. HUGUIER J. LEGER L. PADOVANI P. ROUX M.	Clinique neurologique	DE SEZE S.
Clinique médicale	{ DREYFUS G. MAGUENAU J., pr.s.ch. KOURILSKY R. MARCHAL G.	Clinique obstétricale	MAYER M.
Secrétaire général de la Faculté	{ M. MONTEL J.	Clinique ophtalmologique	OFFRET G.
Conservateur, chargé de la direction	M. le Dr HARN A.	Clinique pédiatrique	LAPLANE R.
Conservateur	Mlle GOICHON A.	Clinique psychiatrique	BARUK H.
		Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL
		Bibliothécaires	{ Mlles DUMAIRE LAURENT H., LE N QUIEVREUX E.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mon Fils,

A mes Parents et Beaux-Parents,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANÇON

Membre de l'Académie Nationale de Médecine,

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur.

Hommage de notre très vive
gratitude pour le grand Honneur
qu'il nous fait de bien vouloir
accepter la Présidence de notre
Thèse.

A mon Maître Monsieur le Docteur Louis VILLOU

Professeur Agrégé à l'Ecole Nationale
de Médecine de Reims

Médecin des Hôpitaux de Reims

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Reims.

INTRODUCTION

=====

Il nous a été donné d'observer dans le service de notre Maître, le Docteur VILDE, Professeur Agrégé à l'Ecole Nationale de Médecine de REIMS, un cas de grand kyste séreux du rein (Observation I).

Que Monsieur le Docteur VILDE, constant instigateur de notre travail, et qui n'a cessé de nous aider, reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Ce cas princeps nous a semblé particulièrement digne d'attention :

- de par sa rareté clinique,
- de par surtout, les images radiographiques qu'il avait pu entraîner, et dont nous avons rapporté les plus marquantes dans notre étude,
- de par enfin, les difficultés de son diagnostic.

Et c'est pourquoi, nous avons cru pouvoir en faire la base et le départ de cette modeste Thèse.

Nous avons pu en effet grouper par ailleurs d'autres observations de kystes séreux du rein. Observations pour lesquelles nous tenons à remercier Monsieur le Docteur FONTAINE, chirurgien urologue des Hôpitaux de REIMS et Messieurs les Docteurs Max SEGAL et VILLIERS, radiologues du Centre Régional Hospitalier.

Dans le cadre de ces observations, nous avons également rapporté quelques images radiographiques, fragment bien incomplet d'un assez vaste champ radio-clinique.

Nous tenons par ailleurs à remercier vivement Monsieur le Docteur BOY, Médecin biologiste des Hôpitaux, à remercier également Monsieur le Docteur LAURAIN.

Nous ferons de larges emprunts aux Auteurs, qui se sont occupés et s'occupent de ce domaine -domaine souvent peu accessible, caché qu'il est dans une pathologie de carrefour, et à l'ombre de grands sujets dont le cancer rénal est peut-être le premier.

HISTORIQUE - CONSIDERATIONS GENERALES -

ESSAI STATISTIQUE

Peut-on, dans la règle, exactement fixer, remarquer, dans l'Histoire de la Médecine, le point de départ, transmis, écrit, d'une entité définie ? Cela n'est ni statique ni rigide. Et par ailleurs bien des aspects d'une entité, ont été, sont et seront soumis à des remaniements.

Terminologiquement, par exemple, une des dénominations les plus usuelles : "Grand kyste séreux solitaire du rein" peut être soumise à discussion, parce que le kyste n'est pas a priori toujours "grand", qu'il n'est pas a fortiori "solitaire"... Les exemples sont multiples.

Cela pour tenter d'éclairer les difficultés initiales et suivies d'un contenu historique et général.

Actuellement la majorité des Auteurs fait de l'entité "kyste séreux (ou hématique) du rein" un cadre précis. Compte tenu par ailleurs de nécessités didactiques, cette entité n'est pas identifiable aux formes kystiques des tumeurs paranéphrétiques. Elle est différente du cadre "Maladie Polykystique des reins". Elle est sans rapport avec l'Echinococose rénale ...

Il est à noter cependant que des Auteurs n'admettent pas tout ou partie de ces faits, que la littérature médicale de langue anglaise fait état d'un plus grand nombre d'affections kystiques rénales.

Quoiqu'il en soit, tous ces ordres de faits, ont pu être méconnus, confondus, ou mal sériés. Par ailleurs la complexité et le devenir de bien des questions résultent souvent de la multiplication des examens dans les différentes disciplines d'une Médecine de plus en plus spécialisée.

Cela étant brièvement énoncé, nous admettrons que le "Grand Kyste séreux du rein" constitue une entité bien définie, nous réservant de reprendre ultérieurement sa définition et ses limites.

Aux sources historiques de la question, on parle de "tumeur aqueuse enkystée", de "kyste sanguin du rein" ... on a pu multiplier ainsi le mariage des termes.

SIMKOW dans sa thèse de 1932 fait remonter à HAWKINS en 1833 la première observation détaillée d'un kyste séreux du rein. En 1832, un autre médecin anglo-saxon STEYMOUR diagnostiqua une "tumeur aqueuse enkystée du rein" chez un garçon de six ans. A. SCHMIDT (1939) rapporte dans son travail "des kystes solitaires des reins" que ceux-ci furent décrits pour la première fois par HORE et THOMPSON en 1850. Mais RAYER dans son traité classique énonce que MORGAGNI (1682-1771) aurait décrit des formations kystiques au niveau de la glande rénale, et l'auteur argentin GUTIERREZ dans sa revue générale de 1942 déclare que les kystes rénaux étaient connus en 1634.

Dans son "Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire" P. RAYER "Médecin de l'Hôpital de la Charité et Médecin consultant du Roi" distingue en 1841 dans son chapitre étoffé sur "les kystes du rein", des kystes simples et des kystes multiples. "Les kystes simples, beaucoup plus communs que les autres espèces de kystes, contiennent presque toujours un liquide diaphane, légèrement jaunâtre, ordinairement albumineux, tenant en solution une petite quantité de sels qu'on rencontre habituellement dans le sang et les autres liquides animaux." "Les kystes simples des reins se développent dans trois parties bien distinctes :

- 1) dans la substance corticale,
- 2) dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux rénaux,
- 3) Enfin dans la substance tubuleuse".

Dans leur "Traité de Chirurgie Clinique et Opératoire", A. le DENTU et Pierre DELBET, écrivent en 1899 au chapitre "kystes du rein" : "Malgré l'ancienneté des premières observations de kystes des reins qui datent de WILLIS, malgré de remarquables travaux consacrés à certaines de leurs variétés, nos connaissances actuelles sont encore très insuffisantes". Les Auteurs distinguent :

- 1) Les kystes consécutifs aux néphrites,
- 2) Les grands kystes séreux,
- 3) La maladie polykystique du rein,
- 4) Les kystes dermoïdes,
- 5) Les kystes hydatiques.

En 1929, dans le "Nouveau Traité de Médecine" de ROGER-WIDAL-TEISSIER, au chapitre "Maladies des reins", F. WIDAL, A. LEMIERRE et Monsieur PASTEUR VALERY RADOT différencient nettement trois ordres de faits :

- les kystes séreux et hématiques,
- le kyste hydatique,
- le rein polykystique.

Ils écrivent dans leur "Historique" des grands kystes séreux et hématiques : "CAMPBELL décrivit le premier cas. TERRIER précisa la symptomatologie et l'anatomie pathologique des grands kystes séreux et montra la distinction à établir avec les hydronephroses".

TOUREN dans sa thèse en 1865 rapporte plusieurs cas de kystes séreux du rein. En 1906, SIMON recueille 52 cas. SIMKOW en 1932 arrive à totaliser 315 cas de grands kystes séreux "sans avoir la prétention d'être absolument complet". En 1934 JONES déclare que le nombre de kystes rénaux calcifiés colligé dans la littérature s'élève à 150. En 1939, FISH relève 32 cas de grands kystes séreux solitaires du rein sur un total de 11.879 cas urologiques. L'âge des sujets variant entre 19 et 72 ans, avec une moyenne d'âge de 53 ans. En 1939, GREENBERG, cité par SCHMIDT, totalise près de 300 cas. SCHMIDT écrit encore la même année : "Les kystes séreux du rein sont très rares. Sur 2.100 opérations rénales SCHMIEDEN n'en relève que 11 cas. Sur 12.500 cas, YOUNG n'en trouve aucun. Sur 2.600 autopsies, GAULK en constate 5 cas."

En 1942, GUTIERREZ établit une revue générale de la question, avec une liste de 96 références. Il est à noter que les auteurs anglo-américains font en général état d'un plus grand nombre de cas que les autres.

En 1943, CHALKLEY et SUTTON présentent un cas de kyste séreux solitaire spontanément infecté chez une jeune noire de 11 ans. Ils relevèrent à ce propos dix cas de kystes solitaires chez les enfants, dont un seul infecté (et ceci après aspiration). Ces mêmes Auteurs colligèrent six cas de kystes spontanément infectés chez l'Adulte.

En 1944, BRAASCH et HENDRICK passent en revue 163 cas personnels de kystes simples. L'âge moyen des sujets étant de "49,8 ans". Les trois-quart de ces kystes survivant (ou étant découverts ?) "de la cinquième à la septième décade de la vie". "Un des patients était âgé de huit mois et un autre de quinze mois". En 1944 CRABTREE écrivant sur le léiomyome du rein en présente un cas associé à un kyste.

En 1945, LOWSLEY et CURTIS publient dix neuf cas de kystes simples du rein comprenant dix hommes et neuf femmes. Le sujet le plus âgé avait 67 ans et le plus jeune 26 ans. L'âge moyen s'établissant à "50,2 ans".

En 1948, SMITH passe en revue brièvement la littérature sur le sujet. Il donne le pourcentage de quatre kystes séreux sur 3.684 cas urologiques et deux sur 147.657 admissions générales hospitalières. Il déclare que 75% des patients sont dans la cinquième décade de leur vie lorsque le diagnostic est fait.

Il est certain que la littérature médicale ne cesse de se développer, que partout se multiplient les Hôpitaux, les Cliniques ... et partant le nombre des interventions. Nous n'aurons donc pas la prétention d'avancer un chiffre arrêté à notre époque. Cependant, en extrapolant les données précédentes, compte tenu de leur insuffisance et de la loi des séries, on pourrait admettre un pourcentage de 15 cas de grands kystes séreux pour 10.000 cas urologiques. On peut donc énoncer que le grand kyste séreux du rein n'est pas exceptionnel, mais qu'il s'agit cependant d'une affection rare.

- 8 -

KYSTE SEREUX SOLITAIRE DU REIN
=====

Littérature Médicale de langue anglaise :

- . SOLITARY CYST OF THE KIDNEY
- . SIMPLE SEROUS CYST OF THE KIDNEY
- . LARGE SOLITARY SEROUS CYST OF THE KIDNEY
- . LARGE SIMPLE CYST OF THE KIDNEY
- . SOLITARY RENAL CYST.

Littérature Médicale de langue allemande :
(incomplet)

- . SOLITÄRCYSTE DER NIERE

Littérature Médicale de langue espagnole :
(incomplet)

- . QUISTE SEROSO RENAL

Littérature Médicale de langue italienne :
(incomplet)

- . CISTI SIEROSA DEL RENE

OBSERVATION I

Jean-Claude G. 15 ans et demi.

Le malade est adressé par le Docteur G. à l'Hôpital civil de REIMS. Il entre dans le service du Docteur VILDE le 19/11/56 ; dans sa lettre d'admission, le médecin traitant évoque une ascite.

Il s'agit d'un adolescent d'assez forte corpulence, exerçant divers métiers saisonniers, et en particulier fin 1956, celui de bucheron dans les forêts d'Argonne environnant son village.

L'interrogatoire du malade et de sa famille, lors des visites, ne peut rien mettre en évidence quant aux antécédents. Jean-Claude jusqu'alors n'a jamais eu d'affections médicales graves et n'a subi aucune intervention chirurgicale. Comme ses nombreux frères et soeurs, il a "poussé tout seul". Sa mère n'a pas eu d'enfants décédés en bas âge. Elle n'a jamais fait de fausses couches. Il s'agit d'un milieu rustique, assez fruste, plein de vitalité.

Fin octobre 1956, c'était la fête du village, au retour de celle-ci, le jeune malade se sent fatigué et il accuse alors ce qu'il qualifie être une "indigestion", mais n'attache aucune importance à ces faits. Il continue son travail dans les bois. Les jours suivants cependant, une sensation d'abdomen lourd et sensible se manifeste et persiste, aussitôt après les repas. Subjectivement (il ne se pèse pas) le malade se sent maigrir, et les proches ont pu confirmer le fait. Il n'est cependant pas asthénique, et en dehors de cet abdomen sensible, on n'exteriorise rien qui ait pu le marquer. Mais ces pesanteurs, ces manifestations post-prandiales s'accroissent, de véritables douleurs abdominales apparaissent. Le sujet doit interrompre son travail.

Au moment de son hospitalisation, le jeune malade accuse aussitôt après les repas une douleur à type de torsion, prédominant nettement dans l'hypocondre gauche. Cette algie est devenue constante depuis quelques jours. Parallèlement à cette extension dans le temps, une anorexie apparaît, peut-être explicable par l'exacerbation de la douleur. Par ailleurs, pas de vomissements, pas de nausées.

La douleur pour y revenir, est d'une intensité telle qu'elle oblige le sujet à prendre à la marche une attitude antalgique.

Le malade confirme qu'il s'est "senti maigrir" depuis quelques temps, mais on manque de bases de références. Il confirme en outre que, mis à part ces symptômes, il ne se sent pas spécialement fatigué, et n'extériorise aucune autre élément. On est d'ailleurs en présence d'un sujet vigoureux. L'amaigrissement, pour qui ne le saurait pas, est peu décelable. Sur le sujet debout et nu, l'abdomen fait une saillie en avant, saillie plus marquée dans la moitié gauche. Le malade n'a jamais pris sa température, A son entrée, on note une hyperthermie légère à 38°. Elle va céder rapidement et sera sans lendemain.

L'examen clinique pleuro-pulmonaire ne décèle aucun signe. Du point de vue cardio-vasculaire, on note une tendance à la dyspnée d'effort. L'auscultation du coeur est normale. La tension artérielle est à 12-8.

Les réflexes tendineux sont un peu vifs, mais l'examen neuro-méningé est par ailleurs tout à fait normal. L'exploration de l'appareil uro-génital ne met rien en évidence : il n'y a pas de dysurie, pas d'hématurie. Le toucher rectal est normal. On palpe quelques ganglions cervicaux et axillaires gauches, sans douleurs, sans périadénite.

L'examen cutanéomuqueux et ostéo-articulaire n'extériorise pas d'anomalies.

L'examen se centre sur l'appareil digestif. On a noté l'anorexie apparue depuis peu. Il n'y a pas de troubles du transit, pas de constipation, les selles ne sont ni décolorées ni stéatorrhéiques. Les conjonctives sont de coloration normale. Le malade ne présente pas de vomissements.

Ce qui domine le tableau clinique c'est l'abdomen distendu et douloureux, distension et douleur prédominant au niveau de l'hypocondre gauche.

A l'inspection, cet hypocondre gauche présente une voussure nette. Il n'y a pas de déplissement ombilical, pas de circulation veineuse collatérale abdominale.

A la palpation, la sangle abdominale est bien développée, il n'y a pas de contracture, pas de défense musculaire, mais une masse sensiblement globuleuse, dont les limites précises sont cependant difficiles à bien délimiter. Cette masse donne une sensation de tension élastique. Elle est mate à la percussion, matité qui contraste avec le tympanisme de la région épigastrique. Il n'y a pas d'hépatomégalie ; on ne met en évidence aucun signe d'ascite libre.

La matité de l'hypocondre ne varie pas avec les différentes positions du sujet. Avec difficulté on insinue les doigts sous le grill costal, on ne palpe pas de rate.

Le problème posé de masse intra-abdominale différents examens para-cliniques sont alors pratiqués.

- L'examen hématologique et la ponction sternale se révèlent l'un et l'autre normaux, éliminant de ce fait une atteinte splénique. Il n'y a pas d'éléments cytologiquement anormaux dans la moelle rouge sternale, dont les diverses lignées cellulaires ne sont pas modifiées. Le taux d'érythrocytes, la valeur globulaire, les lignées blanches sont normales dans le sang circulant. (A noter cependant une lymphocytose peu marquée à 40%).
- A la radiographie pulmonaire : "Il n'y a pas d'image de lésion parenchymateuse évolutive visible".
- Le lavement baryté du 27/11/56 (Docteur VILLIERS)

"Intestins :

Le lavement baryté dilate bien l'ampoule rectale puis pénètre assez lentement dans le colon gauche qui est rejeté très en dehors et aplati. Le lavement arrive au niveau de l'angle gauche situé juste sous le diaphragme.

Le transverse est concave vers le bas et finalement le lavement opacifie la totalité du colon droit.

Les clichés permettent de retrouver la topographie anormale du colon, provoquée par une masse opaque, homogène, vraisemblablement liquidienne, ne contenant aucun corps étranger opaque, masse qui est située dans l'hémi-abdomen gauche, ne débordant pas à droite l'ombre rachidienne. Cette masse écrase le bord inférieur du colon transverse, ce bord est de ce fait assez mal imprégné par la baryte, mais présente néanmoins un liseré de sécurité parfaitement net.

"Il n'y a aucune image de lésion organique colique appréciable!"

- L'examen cyto-bactériologique des urines :

"Cytologie : quelques débris cellulaires. Rien à signaler par ailleurs. Culture stérile. Recherche des B.K. négative!"

- Les taux d'urée sanguine :

. 0,35 g. p. 1.000 le 20/11/56

. 0,50 g. p. 1.000 le 26/11/56

autorisant donc l'exploration urologique endoveineuse.

- L'urographie intra-veineuse du 4/12/56 (Docteur VILLIERS)

"Le cliché simple permet de retrouver l'opacité considérable occupant l'hémi-abdomen gauche, opacité homogène, assez dense.

5 minutes après l'injection, après 3 minutes de compression : des images pyélocalicielles sont visibles des deux côtés.

Les clichés pris : 15 minutes après l'injection, après 13 minutes de compression et 20 minutes après l'injection, après 18 minutes de compression montrent, à droite une importante dilatation calicielle et une dilatation du bassin.

A gauche, on note une dilatation des cavités rénales avec un aspect arciforme du groupe des grands calices inférieurs.

Après décompression, en decubitus :

on note un abaissement du rein gauche, le contours du ce rein est mal visible mais permet de constater que le volume du rein est à peine augmenté.

En station verticale : l'uretère droit est entièrement visible, il est très dilaté au niveau de toute sa portion lombaire et reprend un calibre normal dans sa portion pelvienne.

L'uretère gauche n'est pas visible.

Un dernier cliché pris environ 30 minutes après décompression confirme les images radiologiques et l'aspect sensiblement normal du volume du rein gauche.

En somme, cette masse opaque, certainement liquidienne, semble indépendante de l'ombre rénale. Elle provoque un abaissement du rein gauche et une hydro-néphrose bilatérale par compression des uretères sur le promontoire. Son origine semble ne pouvoir être précisée de façon certaine que par une intervention. Il doit cependant s'agir d'une formation kystique."

L'intervention est proposée, et acceptée par les parents. Le Docteur FONTAINE opère le jeune malade le 11/12/56 - jeune malade chez qui le tableau clinique de masse douloureuse de l'hypocondre gauche est inchangé.

L'intervention a lieu par voie abdominale. On découvre un énorme kyste. Après clivage à travers le mésentère, on aboutit à la moitié inférieure de la face antérieure du rein gauche. Il s'agit d'un grand kyste solitaire du rein. Son volume est celui d'une grande tête d'adulte. Le contenu du kyste vidé par aspiration, donne quatre litres de liquide séreux et citrin. La paroi kystique est mince et lisse, sillonnée de quelques fines arborisations vasculaires. Elle ne contracte aucune adhérence avec les organes voisins. Le rein gauche est de volume sensiblement normal, ne présente pas de dilatations veineuses. Le bassinet et la portion initiale de l'uretère sont augmentés de volume. L'énorme kyste déprime peu profondément la glande rénale en cupule.

Le Docteur FONTAINE pratique l'ablation en collerette du kyste. On recueille du liquide de ponction en vue d'examen, et un fragment de la paroi kystique est mis dans du liquide de BOVIN, en vue d'examen anatomo-pathologique ultérieur.

Les suites opératoires sont normales, et à sa sortie de l'hôpital, le malade ne présente plus aucun signe pathologique.

Il avait été fortement conseillé au malade (sous couvert de son médecin traitant) de revenir deux mois plus tard, en vue d'un nouvel examen et d'une urographie de contrôle. Malheureusement il n'en fit rien. Quoiqu'il en soit, nous nous rendîmes chez lui à la date du 27/6/57, soit plus de six mois après l'intervention. Jean-Claude était parti à l'arrachage des betteraves et sa mère nous déclara qu'il était en excellente santé, et n'avait manifesté ni suites ni récidives.

OBSERVATION II

Mr. G. 79 ans.

Le malade est vu par le Docteur R. qui fait pratiquer une urographie intraveineuse le 7/5/57 (Docteur SEGAL) et l'adresse au Docteur FONTAINE, lequel examine le sujet le 16/5/57.

Le malade ne "paraît pas son âge". Il ne déclare aucun antécédent notable, en particulier aucun antécédent urinaire. On n'extériorise pas d'antécédents héréditaires et collatéraux, dignes d'être notés.

Le sujet a un bon état général, il n'aurait pas maigri, n'est pas fébricitant. Le facies est vultueux avec quelques varicosités aux pommettes. La coloration des téguments est normale.

Mr. G. accuse depuis un certain temps des troubles digestifs sans grand caractère : pituites matinales mais pas de vomissements, appétit moyen mais constant. Des selles normales, un certain degré de pesanteur post-prandiale. Pas de signes urinaires subjectifs, si ce n'est une pollakiurie nocturne. Pas d'hématuries.

L'inspection de l'abdomen met en évidence une petite voussure du flanc gauche, jouxtant à la région para-ombilicale. Par le palper bimanuel on décèle dans ce flanc gauche une masse importante du volume d'une tête d'enfant, masse empiétant en avant, descendant jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure supérieure gauche. Masse assez dure, mobile, mate, lisse, bien circonscrite, qui donne le contact lombaire.

Il existe un sillon entre cette masse et le rebord costal, ce qui exclue une atteinte splénique.

Dans le cadre diagnostique d'ailleurs, les urographies orientent nettement vers ce que la clinique suggère : un gros rein gauche dont l'augmentation de volume serait sous la dépendance d'un processus tumoral.

Par ailleurs, l'examen ne montre pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie. Au toucher rectal, la prostate est augmentée de volume, élastique et homogène.

UROGRAPHIE (Docteur Max SEGAL).

"Le cliché pris avant l'injection montre un rein gauche considérablement augmenté de volume. Le pôle supérieur se trouve à la hauteur de la charnière dorso-lombaire. Le pôle inférieur chevauche largement la crête iliaque. Les gaz coliques sont refoulés vers la droite.

Accessoirement, discarthrose s'étageant sur toute la hauteur de la colonne lombaire. Il n'existe au niveau de la colonne dorso-lombaire et de la partie supérieure du bassin sur ce cliché simple, aucune lésion métastatique.

Trois minutes après : l'image pyélocalicielle commence à s'opacifier.

6 et 15 minutes après, avec compression :

C'est surtout sur les clichés pris 6 et 15 minutes après qu'on remarque à gauche un étirement et une désorientation des rénicules inférieurs et moyens. Le bassin et toute la partie supérieure de l'uretère lombaire sont refoulés vers la ligne médiane.

L'image pyélocalicielle du côté droit présente un aspect morphologique normal.

Vessie : Rien à signaler du côté de la vessie.

En somme, il doit s'agir d'une tumeur du pôle inférieur du rein gauche.

L'intervention est proposée et acceptée.

Les examens para-cliniques pratiqués sont par ailleurs normaux : en particulier l'examen cyto-bactériologique des urines .

Le taux de l'urée sanguine est à :

0,45 g. p. 1.000.

Le malade est opéré peu de temps après. On découvre à l'intervention un grand kyste solitaire du pôle inférieur du rein gauche, à développement antérieur. Le liquide kystique évacué par aspiration est séreux. L'aspect extérieur du rein est normal : il ne présente

en particulier aucune dilatation veineuse.

Le Docteur FONTAINE pratique l'ablation en collerette du kyste, avec résection de la surface du rein à quelques millimètres de la cupule kystique.

Suites opératoires normales.

Il n'a pas été pratiqué d'examen anatomopathologique.

OBSERVATION III

Mr. H. 67 ans.

Le malade consulte le Docteur H. qui fait pratiquer une urographie intraveineuse, le 8/6/57 (Docteur VILLIERS) et l'adresse au Docteur FONTAINE.

Le malade est admis au Centre Régional Hospitalier de REIMS le 20/6/57.

Il s'agit d'un sujet présentant un assez bon état général. On ne relève dans les antécédents qu'une pneumopathie dans l'enfance. Les antécédents héréditaires et collatéraux sont muets.

Dès mars 1957, le malade accusait plus qu'une douleur vraie, une gêne dans l'hypogastre et le flanc gauche, gêne qui s'accroissait à de rares efforts de toux. Cette "gêne" présentait parfois des irradiations descendantes. Le sujet accusait des "digestions lentes" depuis un certain laps de temps, des pesanteurs post-prandiales. Mais rien par ailleurs ne fut mis en exergue : selles normales - transit normal - pas de constipation habituelle - pas de vomissements.

Fin mai 1957, ces phénomènes de gêne s'accroissent. L'abdomen est sensible dans sa totalité sans que le malade puisse définir de points douloureux précis. Il présente peu après une seule crise douloureuse, nette cette fois, siégeant sur les trajets urétéraux. Mais il n'y a pas de dysurie, pas d'hématurie. Il existe une certaine pollakiurie nocturne. Tout ceci s'atténue, cependant que persiste l'état de gêne précité.

A son entrée à l'hôpital, ce qui domine à l'examen du malade, c'est la présence d'une masse perceptible dans le flanc gauche. Masse de volume important, ferme, mobile, lisse, qui donne le contact lombaire. Il existe une séparation entre la masse et le rebord costal.

La clinique, les urographies surtout, centrent le problème sur le rein, et l'on pense même à une possibilité de kyste rénal.

Les examens para-cliniques pratiqués (formule sanguine - temps de saignement - temps de coagulation - urée - examen cyto-bactériologique des urines) sont sensiblement normaux.

Le taux d'urée sanguine est à 0,40 g. p. 1.000.

UROGRAPHIE :

"Le cliché simple montre des images rénales de volume normal dont les pôles supérieurs se projettent au niveau de D12. Il n'y a pas d'image calculeuse opaque visible. Dans le petit bassin, se projettent quelques phlébolithes.

On a la surprise de noter qu'il existe une opacité assez dense à limite inférieure arrondie qui débordé en bas l'ombre rénale gauche pour atteindre la crête iliaque.

Cinq minutes après l'injection, après trois minutes de compression les images pyélo-calicielles sont bien opacifiées et ont la même intensité. Il n'y a donc pas d'anomalies calicielles.

Quinze minutes après l'injection après treize minutes de compression, le cliché ne montre aucune image de lésion organique.

Après décompression, en décubitus, l'uretère droit est entièrement visible. A gauche, l'uretère n'est opacifié que dans sa partie initiale et dans sa portion pelvienne.

En station verticale, les hiles se projettent au niveau de l'interligne L2-L3. La portion initiale de l'uretère gauche est toujours mal visible.

Un dernier cliché fait dix minutes après la décompression montre un net retard de l'évacuation des cavités rénales gauches. La vessie est plutôt petite, elle présente quelques diverticules.

En somme, l'urographie n'a pas montré d'anomalies organique ou topographique de l'arbre urinaire. Elle a montré l'existence d'une masse lombaire gauche qui débordé en bas l'ombre rénale et qui paraît appuyer sur l'uretère gauche dans sa portion lombaire entraînant ainsi un retard de l'excrétion."

Le malade est opéré par le Docteur FONTAINE, quelques jours après son admission. On découvre un grand kyste du pôle inférieur du rein gauche et un petit

kyste de la taille d'une noix au pôle supérieur de ce même rein.

Le kyste inférieur ne présente pas d'adhérences, mais l'atmosphère péri-rénale est le siège d'une importante réaction de scléro-lipomatose. La capsule extra-kystique du rein est épaissie. On ne remarque pas de dilata-tions veineuses.

Au début de l'aspiration du contenu kystique, la mince paroi se rompt et le liquide kystique - séreux - fait issue dans le champ opératoire. Par ailleurs, la por-tion sous-pyélique du rein amorce une déchirure, le saigne-ment est immédiat. Le kyste déprime assez profondément le parenchyme rénal. L'incision du kyste amorcée, l'hémostase se révèle difficile. Le Docteur FONTAINE pratique une né-phrectomie.

Un fragment de la paroi kystique, choisi au contact du parenchyme rénal, est recueilli en vue d'exa-men anatomo-pathologique.

Les suites opératoires furent satisfaisantes. Nous eûmes l'occasion de revoir ce malade un mois après sa sortie. Son état général était bon. Mr. H. ne présentait plus de gêne abdominale, ni d'autres signes anormaux.

DEFINITION - ESSAI SUR LES CLASSIFICATIONS

=====

DES FORMATIONS KYSTIQUES RENALES

=====

Les formations kystiques susceptibles d'être observées au niveau du rein sont innombrables, et les différentes classifications sont loin d'être univales. Nous en avons déjà exposées quelques unes dans notre chapitre historique et général.

On parle de kyste, de formation kystique, de tumeur kystique... termes applicables à tous les domaines de l'économie, et partant au domaine rénal. Le dictionnaire de GARNIER-DTLAMARE, donne du terme kyste, la définition générale suivante : "production pathologique formée par une cavité ne communiquant pas avec l'extérieur, contenant une substance liquide, molle ou rarement solide, et dont la paroi n'a pas de rapport vasculaire avec le contenu".

L'anatomo-pathologiste belge Jean FIEKET, énonce à propos des tumeurs kystiques : "dans le langage chirurgical "kyste" signifie poche close contenant un liquide. Mais le terme de "tumeur kystique" dans la terminologie classique, doit être réservé à une cavité close tapissée par un revêtement continu de nature épithéliale, tel qu'on en voit lorsqu'un conduit glandulaire se dilate par obstacle à l'écoulement de son produit de sécrétion .."

Mais pour clarifier et centrer le problème, il convient de prendre une définition classique des kystes "vrais" du rein - formations kystiques étant le terme général, le terme "kyste vrai" étant plus restrictif - la définition de LEFULLE, citée par un auteur particulièrement autorisé, COUVELAIRE :

"Les kystes vrais du rein sont des cavités à poche différenciée, tapissées par un revêtement épithélial et à contenu liquide, développées en plein parenchyme rénal aux dépens de la substance propre du rein, et indépendantes de l'uretère et du bassinet." Et COUVELAIRE ajoute : "Il convient d'ajouter indépendantes des calices, c'est-à-dire des voies excrétrices dans leur ensemble".

Parmi les formations ne rentrant pas dans les limites de cette définition, nous citerons :

- des hydronéphroses,
- les micro-kystes néphritiques
- certaines cavernes tuberculeuses rénales exclues
- certains cancers du rein à forme géodique ...

"Il existe assez de distinctions originelles, anatomiques, évolutives et thérapeutiques, pour décrire les trois grands types de lésion kystique vraie du rein :

- 1) Le grand kyste dit "solitaire"
- 2) Le rein polykystique
- 3) Le kyste parasitaire hydatique." COUVELAIRE.

Pour la grande majorité des auteurs, "reins polykystiques et "grand kyste séreux" sont nettement différents. Il y a trop d'oppositions entre les deux affections pour qu'il n'en soit pas ainsi :

- Critères anatomiques : l'unilatéralité du kyste,
: la bilatéralité de la "polykystose".
- Critères anatomo-pathologiques.
- Critères cliniques : la pauvreté clinique du "kyste". Sa fréquente pathologie d'emprunt. La plus grande richesse clinique, les signes spécifiquement urinaires du rein polykystique.
- Critères évolutifs :
 - . La bénignité du kyste séreux
 - . L'évolution fatale, parfois à très longue échéance, du rein polykystique.

Cependant, des Auteurs anciens admettaient déjà que les grands kystes séreux et les reins polykystiques représentaient la même affection.

Différentes classifications de kystes "vrais" - classification uniciste - sont possibles, en

partant du seul kyste - unique, grand, séreux - pour aboutir aux grappes touffues et bilatérales de la polykystose.

Dans ce domaine les formes cliniques semblent innombrables - et les éléments différentiels, en particulier le pronostic - sont peut-être fonction du nombre et de la situation des kystes.

Quelques Auteurs admettent la possibilité de la "maladie polykystique unilatérale" ; d'autres la nient formellement.

D'autre part, il est décrit - en particulier dans la littérature médicale de langue anglaise, - toute une série d'affections kystiques rénales.

Nous citerons :

- le kyste multiloculaire du rein,
- la maladie multikystique,
- la maladie kystique multiple des pyramides rénales (CACCHI & RICCI).

Citons encore "the peripelvic lymphatic cyst of the kidney" que l'on peut traduire par "le kyste lymphatique péri-endo-pyélique du rein". Fait relevé en particulier dans le traité de pathologie d'ANDERSON, auteur anglais.

N'ayant qu'abordé ces difficiles problèmes, la liste n'en est pas épuisée. Une meilleure connaissance de tous ces faits, leur remaniement probable, résidera certainement dans une connaissance réelle de leurs pathogénies.

Du troisième terme de la triade des "kystes vrais" précédemment citée - le kyste parasitaire hydatique - il ne se pose aucun problème de différentiation. Il s'agit d'une manifestation d'échinococose urinaire, rarissime en France. Lésion kystique vraie, son origine parasitaire est sans équivoque. En 1954, Luis A. SURRACO a exposé d'une façon détaillée et remarquable les données récentes du sujet.

Nous citerons maintenant les formes kystiques des tumeurs paranéphrétiques. On sait que les tumeurs pararénales sont divisées en :

- . tumeurs solides, les plus fréquentes,
- et en . tumeurs liquides ou kystes paranéphrétiques, très rares.

Les grands kystes séreux "kystes vrais", peuvent se développer à partir de n'importe quelle zone de la corticale du rein, avec cependant une prédilection polaire certaine. Ils sont à point de départ sous-capsulaire. Les kystes paranéphrétiques sont toujours prérénaux et ne naissent pas du tissu rénal.

Reprenons pour lui-même le problème d'une définition des "grands kystes séreux solitaires". Chaque terme de cet énoncé initial peut être soumis à critique :

- "grand" : certains kystes sont énormes, d'autres sont gros comme une noisette, même moins encore.
- "solitaire" : certains sont strictement uniques...
d'autres reins présentent deux, trois kystes
- Le qualificatif "séreux" est par contre des meilleurs.
Le terme "hématique" étant - une qualité du liquide mise à part - superposable à ce point de vue.

SIMKOW déjà s'était arrêté à ces questions de terminologie, et ne voulait retenir que le terme de "grand kyste séreux du rein".

Quoiqu'il en soit, nombre d'Auteurs parlent de "polykystose", de "kystose rénale". Ne pourrait-on pas énoncer le terme :

- "Mono-oligokystose séreuse (ou séro-hématique) rénale" ?

- Affection caractérisée par la présence sur un seul rein, de kystes, de dimensions et de nombre variable, encore que peu élevé - le cas d'un grand kyste étant le plus fréquent - à contenu séreux ou hématique, répondant à la définition anatomique initiale des "kystes vrais" de LETULIE.

PATHOGENIE

=====

Si de nombreuses théories ont été et sont émises sur la pathogénie des kystes du rein, cela démontre l'incertitude où l'on est quant à ce problème.

Nous citerons tout d'abord ces extraits du traité "tumeurs humaines" de P. MASSON. Nous pensons que l'on peut les extrapoler à toutes les manifestations histogénétiques, anormales ou déviées, de la glande rénale.

- "Si l'on considère l'organogénèse complexe et l'origine double de la glande rénale, on conçoit qu'elle soit plus apte que toute autre à présenter des malformations"
- "L'organogénèse du métanéphros, ébauche du rein de l'adulte a été l'objet de nombreuses controverses... Actuellement la conception de KUPFFER est admise sans conteste. Le système des canaux excréteurs du rein est une émanation du canal de WOLFF - tubes urinipares et glomérules résultent d'une adaptation, induite par les canaux urétéraux et se raccordent secondairement à eux."
- "Il ne faut pas oublier non plus que le mésenchyme néphrogène est recouvert par le mésothélium coelomique."
- "Aucun chapitre de l'histoire des tumeurs n'est plus confus que celui des tumeurs dont le rein peut être le siège, tant est grande la variété de leurs aspects et de leur comportement..."
- "De quelles tumeurs la glande rénale adulte elle-même ne reste-t-elle responsable ..."

Une opinion a rallié et rallie encore la majorité des Auteurs : l'origine congénitale des kystes du rein, des kystes séreux en particulier.

Un argument solide plaide en cette faveur : la coexistence assez fréquente (mais variable suivant les Auteurs) d'autres malformations congénitales, rénales ou viscérales.

Les kystes séreux s'observent à tout âge, mais plus particulièrement de cinquante à soixante-dix ans. Si l'origine de ces kystes est congénitale, quelle est l'explication d'un laps de temps aussi long, avant que ne se manifeste la néoformation ? Fait qui ne semble pas surprenable, aux kystes se manifestant dans les premiers âges de la vie.

Mentionnons à ce propos, les opinions émises par l'auteur autrichien Hans TRISKA, dans un article traduit en 1952 par le "Journal d'Urologie". Article traitant d'"un cas de kyste solitaire du rein accompagné d'un papillome du calice supérieur". L'auteur reprenait à ce propos les théories sur l'étiologie des kystes, et le traducteur écrivait :

"Sa préférence va à l'hypothèse de cellules aberrantes d'origine excrétrice incluses dans le parenchyme. Ce sont des infections chroniques par la sclérose interstitielle qu'elles provoquent qui aboutissent à partir de ces inclusions à la formation des kystes - de développement fréquent à un âge relativement avancé-".

Les kystes hématiques, identifiables dans d'autres plans aux kystes séreux, semblent avoir des génèses le plus souvent différentes. Ils peuvent survenir à la suite d'une hémorragie spontanée ou traumatique dans un kyste préalablement séreux, ce qui nous ramène au problème de ces mêmes kystes - "Les kystes hématiques sont aux kystes séreux ce que l'hématocèle est à l'hydrocèle ." (PAPIN cité par SIMKOW). Mais ils pourraient résulter d'une hémorragie post-traumatique sous la capsule fibreuse du rein, d'un infarctus hémorragique (BEGG), d'un anévrysme parenchymateux (JUDD et SIMON), de la désintégration tissulaire d'une tumeur rénale.

La reproduction expérimentale des kystes du rein a donné également lieu à des résultats différents.

L'utilisation de substances toxiques doit être sans rapport avec le sujet : les kystes qui peuvent être alors obtenus, doivent rentrer dans la catégorie des micro-kystes "post-néphritiques".

Les essais de LATTERI (sur le chien) méritent d'être mentionnés.

L'inclusion de muqueuse pyélique (prélevée, après néphrectomie, sur le premier rein d'un chien) dans le parenchyme du second rein, a été dans quatre cas sur dix, suivie du développement d'un kyste, toujours recouvert d'un épithélium stratifié.

LATTERI concluait que "certains" kystes ont pour origine des restes embryonnaires des tissus du bassinot ou de l'uretère. Ce qui nous ramène à la thèse congénitale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

=====

- ANATOMO-PATHOLOGIE MACROSCOPIQUE.

Au cours des précédents chapitres, des éléments d'anatomie pathologique macroscopique ont pu déjà être exposés. Cependant, répétons éventuellement et mentionnons, sans tenir compte de faits aberrants ou particulièrement rares :

- L'unilatéralité des kystes séreux - en opposition avec la bilatéralité de la maladie polykystique.
- Le nombre variable mais toujours très peu élevé des kystes séreux et hématiques ; leur volume soumis à de grandes variations . Dans la maladie polykystique par contre, il existe une infinité de kystes contigus et juxtaposés.
- Les kystes séreux sont de forme régulière, ovoïde. Les formes des kystes de la polykystose sont variables.

Le siège des kystes séreux et hématiques est à nette prédominance polaire, polaire inférieure surtout. Cependant, pour certains Auteurs tel HERBUT "ils sont localisés dans n'importe quelle portion du rein".

Les kystes séreux se développent à partir de la corticalité. Leur expansion est centrifuge. Sauf dans certains cas particulièrement volumineux, ils n'affectent peu ou pas le parenchyme rénal.

Dans la maladie polykystique par contre, le rein est truffé de kystes dans sa totalité, et partant l'atteinte parenchymateuse est sévère.

Rappelons que les kystes paranéphrétiques n'ont pas de rapports avec le parenchyme rénal.

Les kystes séreux et hématiques sont en général sessiles, rarement pédiculisés. Ils s'implantent dans le parenchyme rénal qui se déprime en cupule pour les recevoir. Ce fait explique l'énucléation pratiquement impossible de ces kystes.

En opposition à cette donnée, mentionnons le clivage facile des kystes paranéphrétiques.

La paroi translucide des kystes séreux a le plus souvent la minceur du papier. Elle est sillonnée de quelques fines arborisations vasculaires, parfois anormalement développées. La rupture de ces vaisseaux pourrait expliquer le contenu hématique de certains kystes. Les kystes hématiques ont en général une paroi plus épaisse que les kystes séreux. Certains kystes sanguins, les kystes suppurés, peuvent atteindre une épaisseur d'un demi à un centimètre. Parfois, il existe des dépôts calcaires dans les parois kystiques.

Ces études de parois n'ont pas qu'un intérêt descriptif : en effet, dans la règle, un kyste séreux a une paroi mince et claire, "et il n'y a pas de rapport entre cet aspect et celui de la transformation kystique d'une tumeur maligne" (AINSWORTH & VEST).

Le liquide des kystes est fluide, de couleur paille, ambrée, séro-hématique, ou hématique. Les teneurs en albumine, urée, sels minéraux, éléments figurés... sont fort variables suivant les Auteurs.

Dans la maladie polykystique du rein, les nombreux kystes - peut-être à des stades variables d'évolution - ont des contenus le plus souvent différents : clair, opalescent, foncé, puriforme ...

Le liquide des kystes paranéphrétiques est eau de roche ou jaunâtre.

A la coupe, suivant le plus grand axe, d'un rein porteur d'un kyste séreux - rein qui hormis ce kyste a le plus souvent conservé un volume et un aspect habituels - on découvre une cavité kystique, régulière, unique, ou bien pauvrement cloisonnée par quelques rares travées (kystes uniloculaires et multiloculaires). L'ensemble du parenchyme rénal est dans la règle normal - le kyste une fois encore - ne déprimant qu'une zone peu étendue de la corticale.

La coupe d'un rein polykystique révèle par contre une glande considérablement hypertrophiée, dont les bosselures conservent cependant à l'organe sa forme particulière. Mais le parenchyme ne présente plus son aspect normal : plus de zone corticale, plus de zone médullaire, plus de pyramides rénales ... Rien que des géodes kystiques de caractéristiques variables, trouant la surface de section.

COUVELAIRE dans des pages remarquables, a insisté sur l'intérêt de telles coupes quant à la compréhension de différents problèmes posés par les deux affections. L'étude de telles coupes permet en effet de préciser les rapports des lésions avec le parenchyme rénal, les voies excrétrices, les vaisseaux et les organes voisins, et de ce fait de mieux pouvoir traduire et justifier les clichés radiographiques et les actes thérapeutiques.

Sans vouloir reprendre toutes ces pages, et quitte à nous répéter une fois encore, nous mentionnerons cependant :

RAPPORTS DES LESIONS ET DU PARENCHYME RENAL :

- Issu de la corticalité, endo-capsulaire, le kyste a une expansion périphérique libre. Il déprime le rein en cupule. Il ne lèse que la partie immédiatement sous-jacente du parenchyme, qu'il tasse et refoule. "C'est un rein plus un kyste" (LINDEFELD). C'est donc "une tumeur anatomiquement bénigne qu'aucun plan de clivage net ne sépare du parenchyme sous-jacent."
- La maladie polykystique du rein remanie, transforme progressivement tout le parenchyme rénal. Le rein est sérieusement lésé, même si la latence clinique et la tolérance de l'affection peuvent être très grandes.

RAPPORT DES LESIONS ET DES VOIES EXCRETtrices :

- Les kystes de grandes dimensions se rapprochent des calices rénaux, les compriment et les déforment - faits qui ont une traduction radiographique et une incidence thérapeutique. Dans certaines conditions de siège initial et de développement, des kystes peuvent atteindre le bassinet.

Dans notre observation I, le kyste était tel qu'il comprimait même les uretères au niveau du promontoire.

- Le rein polykystique n'a pas - hormis son augmentation générale de volume - d'expansion centrifuge, n'a pas d'activité envahissante. Mais les caractères anatomiques propres de la maladie, élongent, étirent, compriment et étouffent les cavités excrétrices, qui sont souvent difficiles à discerner à l'œil nu. La communication directe des kystes et des grandes voies excrétrices est rare, en dehors de phénomènes suppuratifs des cavités kystiques.

RAPPORTS DES LÉSIONS ET DES VAISSEAUX :

- Les kystes séreux n'ont pas en général de rapports immédiats avec les vaisseaux du rein. Seule l'existence d'artères polaires anormales peut entraîner des rapports directs avec certains kystes polaires. D'autre part, les kystes hilaires - rares - sont en rapport intime avec les vaisseaux du pédicule.
- Dans la maladie polykystique, l'augmentation du volume de l'organe, la relative fréquence du bassinnet irrégulièrement déformé et parfois déplacé, entraînant assez fréquemment un étirement des vaisseaux rénaux par ailleurs arciformes.

RAPPORTS DES LÉSIONS ET DES ORGANES VOISINS :

- En règle, les kystes séro-hématiques ne contractent pas d'adhérences avec les organes voisins, refoulés mais respectés.

"Ainsi le kyste du rein aura-t-il la mobilité du rein qui le porte. Les kystes polaires inférieurs vont souvent de pair avec un rein ptosé et anormalement mobile." COUVELAIRE.

- ANATOMO-PATHOLOGIE MICROSCOPIQUE :

Histologiquement, la paroi des kystes séro-hématiques comprend dans les cas les plus complets les plus nets, et pourrait-on dire les plus schématiques :

- 1) une couche externe, constituée par la capsule fibreuse propre du rein,
- 2) une couche moyenne - conjonctive - On y décrit des vaisseaux, des vestiges de glomérules atrophiés, d'assez rares fibres élastiques et fibres musculaires lisses ...
- 3) Une couche interne parfois divisée par des travées - en cas de kystes multiloculaires - couche interne constituée par un épithélium cubique, plat ou nettement endothéliforme.

D'assez nombreux Auteurs ne décrivent que deux formations :

- une couche périphérique de nature conjonctive.

- une couche profonde épithéliale constituée de cellules cubiques ou aplaties.

L'épaisseur de la couche conjonctive est nettement variable. Dans certains cas cette couche ne serait constituée que de tissu conjonctif fibreux.

La présence de l'épithélium interne est loin d'être constamment signalée. Discontinue dans certains cas, cette couche peut totalement manquer. A l'opposé de ce fait, on a pu publier des cas d'épithélium stratifié.

Certaines parois kystiques peuvent présenter une imprégnation de sels calcaires. La présence de tissu osseux a pu même être signalée.

Au fond de sa cupule rénale, le kyste est en général représenté par une lame unique de cellules aplaties, constituant son épithélium. Cette lame peut être discontinue ou manquer.

Le parenchyme rénal immédiatement avoisinant est dans la règle, condensé, souvent atrophié, parfois sclérosé; il se continue insensiblement avec du parenchyme normal.

COMPTE RENDU D'EXAMEN de la paroi du kyste de notre OBSERVATION I (Docteur LAURAIN).

"L'examen histologique montre que la paroi du kyste est constituée par une coque conjonctive où sont disséminées de nombreuses fibres musculaires lisses. Il n'y a pas de traces d'endothélium ou d'épithélium de revêtement mais la face interne de la coque est revêtue d'un feutrage collagène dense. On peut se demander si cette paroi n'est pas une dépendance du tractus urétéral."

Interrogé plus avant, le Docteur LAURAIN nous déclara que l'histologie de cette coupe était assez banale. L'importante participation musculaire lisse n'est cependant pas classiquement fréquente. Quant à la présence du feutrage collagène dense interne, qu'en conclure ? Il s'agissait bien d'un grand kyste séreux développé aux dépens de la moitié inférieure de la face antérieure du rein gauche. L'origine de ce kyste était-elle en rapport avec un reste embryonnaire des voies excrétrices rénales ?

Le Docteur LAURAIN nous déclara également que l'on pourrait décrire la paroi kystique de la façon suivante :

De dedans en dehors :

- un feutrage conjonctif collagène
- une zone d'infiltration, inflammatoire ancienne, avec d'assez nombreux lymphocytes, quelques vaisseaux,
- du conjonctif dense avec présence de trousseaux collagènes et de nombreuses fibres musculaires lisses. Quelques rares vaisseaux.

De l'absence de l'épithélium interne peut-on conclure à son inexistence initiale ? Des pressions intenses, fonction des particulièrement grandes dimensions du kyste, aurait peut-être pu entraîner sa disparition, à la suite d'un stade intermédiaire endothélioforme ?

Que dire également de la présence d'une zone d'infiltration, inflammatoire ? Etant entendu que inflammation ne signifie pas infection - Y a-t-il eu à un moment donné de l'évolution expansive du kyste un processus d'ischémie, de nécrobiose ... avec remaniement concomitant des différentes formations de la paroi ?

COMPTE RENDU D'EXAMEN du liquide kystique de l'OBSERVATION I :

(examen cytologique)

"Après centrifugation, les éléments cellulaires sont constitués par de nombreuses hématies. Les lymphocytes sont en grand nombre, on note la présence de cellules de desquamation mal conservées et quelques éosinophiles."

Il n'est peut-être pas sans intérêt de noter la présence de nombreux lymphocytes - ceux-ci étant un des éléments essentiels de la zone d'infiltration pariétale.

COMPTE RENDU D'EXAMEN de la paroi du grand kyste de l'OBSERVATION III. (Docteur BOY)

"La paroi de ce kyste rénal est constituée d'un tissu conjonctif fibreux sans épithélium de revêtement. Le parenchyme avoisinant montre d'une part des lésions d'endovasculature, d'autre part quelques lésions glomérulaires : quelques glomérules sont complètement sclérosés et montrent l'image classique "en pain à cacheter". Dans certaines zones, les tubes rénaux sont légèrement dilatés."

Voici donc un second cas de kyste séreux du rein dépourvu d'épithélium de revêtement à l'examen histologique. Ceci nous l'avons vu a déjà été signalé. Mais on ne peut évidemment pas conclure à partir de deux cas, à l'absence fréquente de cette assise cellulaire.

ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

=====

GUTTERIEZ a pu écrire : "Un diagnostic correct de grand kyste séreux du rein est fait dans environ dix pour cent des cas".

Ce diagnostic "positif" n'implique d'ailleurs pas tant la clinique - pourrait-on dire "pure" - que les investigations paracliniques.

Dans le domaine clinique en effet, il n'est pas de signes pathognomoniques, il n'est pas de syndrome kystique, susceptibles d'être décrits. Les faits cliniques sont difficilement systématisables.

On ne peut par exemple généralement parler de période de début, de période d'état ... avec leurs signes spécifiques et évolutifs.

La clinique des kystes est des plus variables, leur latence des plus fréquentes. "De nombreux kystes du rein sont sans symptômes". (AINSWORTH & VEST).

Certains en effet, ne se découvrent qu'au cours de nécropsies - ils auront été cliniquement muets pendant la vie des porteurs - d'autres seront une découverte d'examens systématiques complets, sans rapports initiaux avec l'affection.

C'est dire la difficulté d'exposer ces problèmes. D'autant qu'affection de la sphère rénale, le kyste séreux ne perturbe que rarement son fonctionnement, mais manifeste par contre le plus souvent une symptomatologie d'emprunt :

- Au niveau du rein lui-même, et c'est avant tout le problème des cancers de l'organe.
- Au niveau des organes voisins, et c'est tout un ensemble de diagnostics qui sont alors posés.

Quoiqu'il en soit, on peut envisager la description clinique de l'affection sous deux angles :

- l'énumération que nous aborderons, en signes généraux, signes fonctionnels et signes physiques,

- la description des formes cliniques principales.

SIGNES GENERAUX :

L'état général des malades porteurs de kystes séreux est en règle peu ou pas touché objectivement. Subjectivement par contre, ces malades accusent fréquemment une modification de leur état général dans le sens d'un fléchissement. Fléchissement qui retentit souvent sur leur psychisme (inquiétude des porteurs de masses à évolution antérieure abdominale).

L'amaigrissement est rare.

L'hyperthermie se rencontre chez les sujets atteints de kystes suppurés. Des épisodes fébriles discrets ont cependant été signalés dans quelques cas de kystes séreux simples non suppurés (peut-être au cours de leurs poussées évolutives ?)

SIGNES FONCTIONNELS :

Ils peuvent manquer totalement . Ils sont des plus variables suivant la localisation initiale et le sens d'expansion des kystes.

Ils sont dominés par des phénomènes de douleurs, de gênes, de pesanteurs. Le plus souvent au niveau du tractus gastro-intestinal : douleurs abdominales, moins souvent au niveau de l'appareil urinaire : douleurs lombaires. Rarement au niveau des organes intrathoraciques : dyspnée, palpitations. "Les kystes rénaux imitent de temps en temps les affections gastro-intestinales ou provoquent des douleurs locales ou "rapportées" ("referred pain") par la traction exercée du fait de leur poids" (AINSWORTH & VEST). L'hématurie se rencontre dans dix pour cent des cas suivant la majorité des Auteurs.

Quelques cas de pollakiurie, d'oligurie, de douleurs paroxystiques à type de colique néphrétique sont rapportés à l'affection, mais ces faits sont rares. L'anorexie, des nausées, de la constipation (comme expression d'un syndrome de l'angle splénique) sont également parfois décrits.

SIGNES PHYSIQUES :

C'est dans ce domaine que certains signes sont susceptibles d'orienter vers un diagnostic topographique de lésion rénale - ou du moins d'y faire penser.

A l'inspection, on peut remarquer dans quelques rares cas, une augmentation nette du volume de l'abdomen, particulièrement visible à jour frisant, augmentation le plus souvent asymétrique, siégeant dans un hypochondre, dans un flanc. Plus rarement encore, la tuméfaction peut affecter tout le plan abdominal.

A la palpation on décèle souvent une tuméfaction abdominale, rarement une tuméfaction lombaire - masse que le malade déclarera "sentir grossir" et qui entraînera - ou non - des phénomènes de douleur ou de gêne.

Cette "tuméfaction", cette "masse", cette "tumeur", aura comme caractéristiques essentielles, et en règle constamment signalées d'être : lisse, régulière, arrondie, nettement limitée.

Cette masse n'est pas douloureuse à la pression. Elle est parfois sensible sans douleur vraie.

Un caractère est essentiel : la mobilité avec les mouvements respiratoires, la mobilité avec les mouvements manuels. Mobilité plus sensible encore lorsque le rein porteur est ptosé.

La masse est le plus souvent de consistance élastique, rénitente, de tension variable. SURRACO insiste sur la sensation de flaccidité donnée par la paroi du kyste séreux. La sensation de dureté est caractéristique de kystes à parois épaissies ou imprégnées de sels calcaires. La fluctuation peut être le fait de kystes particulièrement volumineux.

En règle générale, on ne sent pas le rein du côté opposé à la masse.

Du côté de la tuméfaction, le rein est fréquemment ptosé. De ce côté on doit systématiquement rechercher :

- le contact lombaire,

- le signe du ballottement ("ballottement rénal de GUION" ou "ballottement abdominal").

Ces recherches ne sont pas toujours faciles ni probantes, en particulier chez les sujets corpulents. Mais elles sont quasi spécifiques de tuméfactions de la région rénale et pararénale sans préjuger plus avant de leur étiologie.

Certains Auteurs dissocient le contact lombaire en contact lombaire "immédiat" et contact lombaire "médiat". Le signe du ballottement est recherché de la façon suivante :

"La main abdominale bien appliquée sur la paroi n'exerce aucune pression, au contraire les phalanges de la main postérieure impriment à la paroi lombaire une série de secousses rapides. Si le rein est augmenté de volume (ou ptosé) il sera perçu par la main antérieure".

Pour se produire, ce signe implique la mobilité de la tuméfaction.

On tentera également la réductibilité de la masse dans la fosse lombaire. Cette réductibilité est aussi un bon signe de tumeur rénale, mais elle est difficile et fonction des dimensions tumorales.

Dans quelques cas de tuméfactions lombaires, des mains particulièrement habiles peuvent mettre en évidence une augmentation localisée du volume du rein ptosé (pôle inférieur).

Compte tenu de la localisation de la tuméfaction et en dehors d'affections associées, on ne mettra pas en évidence d'hépatomégalie et de splénomégalie, recherches par ailleurs difficiles en cas de masses très volumineuses.

On ne manquera pas de tenter d'insinuer les doigts entre le rebord costal et la tuméfaction.

FORMES CLINIQUES :

Compte tenu des données précédentes, nous ne ferons qu'aborder les formes cliniques principales de l'affection, façon d'exposer la plus logique, mais en rapport trop étroit avec les diagnostics différentiels.

Le retentissement clinique, le mode d'expression clinique des kystes séreux du rein semblent être sous la dépendance de trois facteurs principaux associés :

- la localisation initiale,
- le sens d'expansion,
- la rapidité d'évolution.

On pourrait donc décrire :

- des formes suivant la localisation : droite ou gauche, polaire supérieure, polaire inférieure...
- des formes suivant le sens d'expansion : antérieure abdominale (la plus fréquente), supérieure, interne hilare....
- des formes suivant la rapidité d'évolution

Et des formes intégrant ces différentes données ...

Mais il est plus simple de décrire schématiquement :

- 1) des types "abdominaux"
- 2) des types "thoraciques"
- 3) des types "urologiques".

Les formes "abdominales" réalisent la forme la plus fréquente de l'affection : kystes à évolution antérieure abdominale, extériorisée sous forme d'une tuméfaction d'un hypocondre, d'un flanc, dont les caractères ont été décrits.

La palpation soigneuse d'un abdomen présentant une telle tuméfaction, la recherche de son contact lombaire et de son ballottement abdominal éventuels, sont des examens à pratiquer systématiquement, même si à eux seuls ils ne peuvent livrer le diagnostic.

Les formes "thoraciques" sont réalisées dans quelques cas de kystes polaires supérieurs, à symptomatologie thoracique : dyspnée - troubles cardiaques - matité de la base d'un héli-thorax - diminution du murmure vésiculaire.

Les formes "urologiques" sont pour nombre d'auteurs plus fréquentes qu'il n'est classique de le dire.

Elles se manifestent en particulier par des douleurs lombaires, des hématuries, une augmentation globale ou localisée du volume des reins atteints, des épisodes fébriles - signes cliniques associés ou non entre eux - .

Nous envisagerons maintenant :

LES INVESTIGATIONS PARA-CLINIQUES, investigations primordiales du fait de la carence de la clinique "pure".

Nous envisagerons essentiellement la clinique radiologique et ses techniques associées.

Nous ne ferons qu'aborder d'autres investigations para-cliniques - extra-radiologiques - d'ordre urologique.

La clinique radiologique est d'intérêt essentiel, riche de signes. Les autres investigations apportent par contre peu d'éléments, n'étant qu'exceptionnellement perturbées.

La clinique radiologique - au sens large - centre finalement le problème sur le rein et apporte pratiquement toujours des données de valeur. Mais "Il n'y a pas de signe radiologique strictement pathognomonique du kyste rénal" (O'CONNOR).

Il convient d'insister sur ce fait capital de ne jamais dissocier la clinique radiologique de son contexte clinique et général. Compte tenu de ce contexte, elle tendra certainement avec ses progrès techniques à fournir plus de diagnostics exacts préopératoires.

Ce chapitre paraclinique peut interférer notablement avec des données relevant du diagnostic différentiel. Nous nous permettrons d'éventuellement les aborder, avant de les reprendre plus avant dans un chapitre ultérieur.

"Les explorations radiologiques sont indispensables au diagnostic" (KUSS, BITKER, SIBOULET).

Les explorations "clefs" sont d'ordre urologique, mais compte tenu de la clinique variable de l'affection, on peut recourir à :

LA CHOLANGIOGRAPHIE : comme exploration d'ordre général hépato-vésiculaire, lorsque la clinique peut évoquer une affection de cet ordre.

LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE : d'indication absolue dans les rares cas à symptomatologie thoracique.

Elle représente dans les autres cas un examen systématique non dénué d'intérêt :

- pièce à verser au bilan général du malade,
- exploration des coupes diaphragmatiques,
- exploration partielle d'une tuberculose possible éliminée dans la règle.

Beaucoup plus important, compte tenu de la fréquence de la tuméfaction à évolution antérieure abdominale est :

LE LAVEMENT BARYTE : Il n'extériorise pas en général de troubles du transit. Il montre :

- à gauche : une "masse" inscrite dans l'angle colosplénique, angle par ailleurs ouvert.
- à droite : un angle colique abaissé.

"Tumeurs rénales, pararénales, reins polykystiques, retentissent mécaniquement sur la statique des angles coliques plus que sur le transit". (M. DEJOT & Paul CHENE).

L. SURRACO dans son traité du kyste hydatique des reins a longuement étudié le substratum anatomique de ces faits en étendant cette étude à l'ensemble des tuméfactions rénales.

Le lavement baryté contribue à éliminer un certain nombre d'affections (on peut le combiner par ailleurs au cerclage métallique de la masse perçue) et - si l'on n'y avait encore songé - conduit à pratiquer les examens urologiques.

LES EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES URINAIRES

D'intérêt essentiel, elles permettent en outre - le kyste séreux étant unilatéral - de reconnaître l'existence de l'autre rein, sa fonction et son état.

Méthodes usuelles :

L'UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE : est l'exploration la plus riche d'enseignements. On la pratiquera systématiquement, après s'être assuré que le taux d'urée sanguine ne dépasse pas 0,60 g. p.l.000.

De technique aisée, elle utilisera la compression abdominale par ballon pneumatique. Elle comportera la prise de clichés en decubitus et en orthostatisme. Il est parfois utile de faire des clichés une demi-heure et plus après l'injection du produit de contraste.

Dans certains cas le recours à des urographies intra-veineuses réitérées est utile, lorsque les premières séries radiographiques ne sont pas nettes.

L'URÉTÉRO-PYÉLOGRAPHIE-RÉTROGRADE : Techniquement moins facile est particulièrement indiquée chez les sujets obèses lorsqu'il n'existe pas de modifications nettes de l'urographie intra-veineuse.

Pyélographies descendantes et ascendantes donnent des images d'intérêt sensiblement comparable. L'urétéro-pyélographie-rétrograde fournit des images calicielles plus fines, mais l'urographie intra-veineuse fournit une étude dynamique de la fonction rénale (vitesse de l'excrétion du produit de contraste...).

Ces examens seront toujours précédés par la prise de CLICHES SIMPLES déjà susceptibles de fournir quelques indications :

- contour rénal bosselé (dans un de ses segments. : signe de valeur)
- calcifications péri-kystiques : source d'erreurs.

Les calcifications susceptibles d'être observées au niveau des régions rénale et pararénale étant nombreuses (infarctus rénal calcifié - calcifications néoplasiques et tuberculeuses - lithiase rénale - calcifications des cartilages costaux - calculs biliaires - calculs pancréatiques - calculs surréniaux - parasites calcifiés - ombres squelettiques ou dentaires des kystes dermoïdes ...)(d'après LEDOUX LEBARON) - image nette et régulière de double contour rénal et kystique, celui-ci périphérique (signalée initialement par NEUWIRTH).

CLICHES APRES INJECTION DE SUBSTANCES DE CONTRASTE :

Depuis BRAASCH, qui en 1911 proposait la pyélographie pour le diagnostic des kystes séreux, de nombreux faits ont été décrits.

Nous mentionnerons plus particulièrement :

- Urographie normale. Ce cas est parfois rencontré (kystes de petites dimensions, loin du bassinnet).
- Urographie morphologiquement normale avec retard à l'excrétion de la substance de contraste (inté-rêt des clichés retardés).
- Urographie morphologiquement normale avec néphroptose associée (kystes polaires supérieurs).
- Urographie sensiblement normale avec déplacement de la position et de l'axe du rein (kystes polaires supérieurs)
- Refoulement en dedans de l'uretère qui décrit une courbe à concavité externe dont le sommet atteint les apophyses transverses et même le rachis (kystes polaires inférieurs).
- Images d'hydronéphrose. Pour certains Auteurs ce sont les déformations les plus fréquentes. Il s'agit d'hydronéphroses secondaires à des kystes polaires inférieurs particulièrement volumineux, déplaçant ou comprimant l'uretère et par conséquent gênant le drainage.
- Images d'atteinte calicielle associées ou non à une compression du bassinnet. Certains kystes en comprimant les calices, les désorientent, les aplatissent, les étirent, les incurvent.
- Images d'atteinte pyélique pure : bassinnet aplati (kystes du bord médian du rein).

Méthodes complémentaires :

En règle, les méthodes usuelles livrent la clé "tumeur", "tuméfaction rénale", mais ne préjugent pas toujours de sa qualité intrinsèquement séro-kystique.

Lorsqu'elles peuvent être mises en oeuvre, les méthodes complémentaires associées aux précédentes, facilitent le diagnostic.

Nous citerons :

LE PNEUMOREIN : "La méthode parasacrée de RIVAS pour l'insufflation d'air périrénal fit preuve de son efficacité dans trente cinq cas" (O'CONOR).

LE RETROPNEUMOPERITONE : "En cas de kyste on visualisera très bien le contour du rein..."
(DARCET - BALLANGER)

Dans les cas douteux, il faudrait associer entre elles les différentes techniques.

AINSWORTH & VEST (year book of urology 1952) font état d'un procédé de diagnostic, qui est par ailleurs pour eux un procédé curatif dans certains cas. Nous en traduirons mot à mot l'essentiel :

"(après étude radiologique usuelle)... quand le kyste est suspecté un procédé simple peut être utilisé pour confirmer le diagnostic. Il a été prouvé juste sur vingt cas.

TECHNIQUE : Une radiographie est prise en position verticale pour montrer les relations de la masse avec les vertèbres lombaires et la crête iliaque. Le patient étant assis, de la procaine est injectée tout près du centre de la masse et le long du bord latéral des muscles sacrospinaux. Une aiguille à ponction lombaire est enfoncée dans le kyste. La résistance ressentie diminue au moment où l'aiguille passe d'à travers le muscle carré des lombes dans l'atmosphère péri-rénale. Elle pénètre alors dans le kyste avec une résistance sensible et effectue un mouvement de haut en bas conjointement à la respiration. 30 à 50 cm³ environ de liquide kystique sont admis à s'échapper, la même quantité de substance de contraste est injectée et une radiographie prise.

Comme précaution contre la possibilité peu probable de tumeur maligne concomitante le liquide kystique est étudié par la méthode de PAPANICOLAOU.

... Par l'étude attentive du patient et la radiologie, les chances d'insérer l'aiguille dans une tumeur maligne sont pratiquement écartées..."

Il convient de mentionner que AINSWORTH & VEST limitent cette méthode aux seuls grands kystes situés près des pôles du rein.

Une technique semble appelée - en milieu spécialisé - à un grand développement :

L'ANGIOGRAPHIE RÉNALE :

P. FABRE et ses collaborateurs de l'Ecole Toulousaine ont insisté sur elle dans une publication récente, faisant état de plus d'une centaine d'angiographies pratiquées chez l'adulte. Ces Auteurs utilisent une technique dérivée de celle de DOS SANTOS pour l'aortographie trans-lombaire.

Les indications : "On peut affirmer d'emblée que le domaine de l'angiographie rénale restera limité aux cas où les examens classiques (urographie intraveineuse - urétéro-pyélographie rétrograde - rétropneumopéritoïne) se trouvent en défaut ou bien lorsque la clinique fait soupçonner une affection non décelable par eux...".

Des indications, nous extrairons ici :

- Les tumeurs abdominales ou rétro-péritonéales
- Les TUMEURS DU REIN : "Constituent un chapitre intimement lié au précédent et parfois complexe bien que le problème soit ici plus limité. Chez un malade, le rein gauche était exclu à l'urographie et inexplorable par voie basse. L'angiographie montrant un pédicule étiré, déployé "en ombrelle" autour d'une volumineuse poche kystique, a permis d'affirmer le diagnostic de kyste du pôle supérieur du rein (vérifié opératoirement) ...".

Les autres investigations paracliniques d'ordre urologique ne fournissent que bien rarement des renseignements.

Il n'y a dans la règle aucun signe de néphrite. Les urines sont claires, et leur examen n'apporte pas d'éléments particuliers : absence d'albumine, absence de pus, pas de cylindres granuleux ... La recherche des bacilles de Koch est négative.

De même les explorations fonctionnelles rénales ne révèlent que bien rarement des altérations.

Ces faits peuvent s'expliquer par l'absence de communication entre le kyste et les voies excrétrices dans la presque totalité des cas, par le fait surtout que le kyste ne lèse pratiquement pas le parenchyme rénal.

Les rares altérations peuvent résulter d'hydronéphrose associée, secondaire à des kystes particulièrement volumineux, et a fortiori résulter d'autres affections rénales concomitantes.

La cystoscopie - en dehors des formes hématuriques, où pratiquée d'urgence elle peut montrer l'éjaculation sanglante d'un méat - n'extériorise habituellement rien.

Le cathétérisme urétéral hormis les cas d'hydronéphroses secondaires associées découvre une capacité pyélique normale. Il permet d'affirmer la valeur fonctionnelle des deux reins par étude des urines séparées.

L'absence de troubles perceptibles à ces examens paracliniques constitue un élément de diagnostic et fournit un important argument d'ordre thérapeutique.

EVOLUTION - PROGNOSTIC :

De nombreux kystes séreux - on l'a vu - ne se révèlent jamais. D'autres se manifestent après une longue phase de latence.

Dès le stade de première extériorisation clinique, le kyste peut être dès lors définitivement bien toléré, ou au contraire franchement "évoluer". Il n'y aura donc qu'un certain nombre de kystes séreux susceptibles d'évolution.

Il semble d'autre part possible de dissocier l'étude évolutive des kystes suivant qu'ils sont opérés ou non - l'intervention chirurgicale étant le seul traitement véritable de l'affection. Cette distinction n'est-elle pas plus artificielle que réelle ? Le retentissement clinique des kystes "évolutifs" étant tel, qu'il conduit pratiquement toujours à intervenir plus ou moins rapidement.

L'évolution des kystes séreux peut être marquée soit par une augmentation du volume kystique, soit par des hémorragies intrakystiques, soit par des phénomènes suppuratifs de la néoformation, soit par une rupture du kyste.

L'augmentation du volume tumoral, isolée ou associée aux faits suivants, est le cas clinique le plus fréquent. Le kyste en grossissant, entraîne des phénomènes de gêne, de douleurs, et de compressions.

L'hémorragie intrakystique apparaît brutalement et évolue par poussées successives. Le kyste augmente de volume, cependant que sa consistance devient nettement plus dure, et que de la fièvre apparaît fréquemment.

La rupture du kyste - spontanée ou traumatique - est fréquemment secondaire à des hémorragies intrakystiques répétées. Elle se manifeste essentiellement par un tableau clinique d'hémorragie interne.

La suppuration kystique est plus rare encore. En général c'est à l'intervention qu'un diagnostic correct est établi.

Quoiqu'il en soit le kyste séreux est une affection bénigne. - Histologiquement bénigne et en règle cliniquement et évolutivement bénigne.

Une thérapeutique correctement conduite donne un pronostic favorable

" Le pronostic de ces kystes est favorable " (A. SCHMIDT)

" Le pronostic est bon " (R.W. BARNES & H. HADLEY).

La récurrence des kystes après intervention chirurgicale est signalée. "Cependant ils deviennent rarement à nouveau de si grandes dimensions qu'une chirurgie répétée soit nécessaire". (BARNES & HADLEY).

Ces récurrences seraient le fait de reliquats de la zone de jonction cupulaire kysto-rénale.

Nous terminerons en esquisant un parallèle entre ce chapitre clinique et paraclinique et nos observations rapportées antérieurement.

Seul le malade de l'observation I fit, si l'on peut dire, toute sa carrière en milieu hospitalier ; la clinique et les examens paracliniques s'enchaînèrent progressivement et dans un ordre logique. Les deux autres malades furent par contre envoyés à l'urologiste nanti d'urographies que les médecins traitants avaient fait pratiquer.

Nos observations font état de trois sujets du sexe masculin dont deux ont dépassé la cinquantaine (79 ans et 67 ans), cas le plus fréquent. L'extériorisation d'un kyste séreux du rein de dimensions aussi importantes à l'âge de quinze ans et demi est par contre beaucoup plus rare.

Les malades porteurs de kystes séreux du rein évolutifs viennent essentiellement consulter soit pour des manifestations abdominales, soit pour des manifestations génito-urinaires, soit pour des manifestations thoraciques.

Dans nos trois cas les malades présentent une tuméfaction abdominale gauche, et c'est elle qui constitue la quasi totalité du tableau clinique conjointement à des signes digestifs mal systématisables. Les caractères de ces tuméfactions abdominales s'inscrivent nettement dans le cadre de la clinique générale de l'affection.

Il convient d'insister cependant sur les dimensions importantes de la tuméfaction de l'observation I - dimensions telles que la simple inspection la mit en évidence.

Dans aucun cas, l'état général n'accusait un fléchissement important. S'il existait un fléchissement (dans l'observation I plus particulièrement) il était sans rapport avec la dégradation rapide, telle qu'elle peut s'observer dans les néoplasmes - dégradation rapide évoluant d'ailleurs de pair avec une anorexie, relative dans nos trois cas et une anémie, inexistante.

Ces faits s'inscrivent encore dans le cadre clinique général de l'affection. Le malade de notre observation I présenta initialement une élévation thermique discrète qui fut sans lendemain. Ce fait est signalé. Aucun de nos malades ne présenta d'hématuries, signalées dans environ dix pour cent des cas. Les malades de nos observations II et III présentèrent de la pollakiurie, mais celle-ci n'est pas rare à leurs âges (d'autant que le malade de l'observation II présentait une hypertrophie prostatique). Le malade de l'observation III présenta une seule crise douloureuse de la sphère uro-génitale, crise siégeant sur les trajets urétéraux.

Nous ne reprendrons d'ailleurs pas toute l'étude clinique et paraclinique. Du point de vue paraclinique, nous insisterons sur les urographies intraveineuses. Dans les trois cas, elles centrèrent le problème sur le rein.

L'urographie intraveineuse de l'observation I mit en évidence une très importante dilatation bilatérale des voies excrétrices par compression des uretères sur le promontoire. Une aussi importante hydro-néphrose est rarement signalée.

L'urographie de l'observation II fit conclure à l'existence d'une tumeur du pôle inférieur du rein gauche, sans préjuger de sa nature séro-kystique. Le cliché sans préparation de l'urographie du troisième malade fournit l'exemple d'une image de double contour rénal et kystique.

En accord avec les données habituelles de l'affection, les examens paracliniques extra-radiologiques apportèrent très peu d'éléments. En particulier les examens cyto-bactériologiques des urines ne mirent rien en évidence.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

=====

Les faits qui peuvent se discuter dans l'établissement du diagnostic des kystes séreux du rein sont nombreux, d'inégales fréquences et valeurs, et nous n'aurons pas la prétention de tous les aborder.

Certains ont pu déjà être rapportés. Nous avons mentionné également la difficulté habituelle d'un diagnostic exact préopératoire et l'importance des examens paracliniques.

Nous recourerons autant faire que se peut à nos observations, et il semble possible d'autre part de dissocier cette étude en envisageant :

- 1) Un diagnostic différentiel d'affections extra-rénales puis
- 2) Un diagnostic différentiel d'affections rénales.

Diagnostic différentiel "extra-rénal" :

Les rares kystes séreux du rein à symptomatologie thoracique peuvent égarer initialement le diagnostic topographique.

L'examen dynamique radiologique des coupes diaphragmatiques et des culs-de-sac pleuraux, la radiographie pulmonaire, infirment le diagnostic d'affections pleuro-pulmonaires et ramènent le problème à celui d'une affection sous-diaphragmatique.

Le diagnostic différentiel extra-rénal s'identifie pratiquement à celui des tumeurs, des tuméfactions abdominales, qu'elles affectent tout ou partie du plan abdominal. Rappelons à ce propos la grande fréquence de l'évolution antérieure abdominale des kystes séreux du rein. Le malade de notre observation I présentait une augmentation globale du volume de l'abdomen, avec cependant une nette prédominance dans l'hypocôndre gauche. On se trouve donc en présence d'une tumeur abdominale. Certains caractères cliniques (contact lombaire - ballottement...) peuvent orienter le diagnostic vers la sphère rénale, mais il

convient de ne pas brûler les étapes. Il n'est d'ailleurs pas toujours facile, il est parfois impossible, avant une intervention de localiser une tumeur abdominale au rein.

"Lorsque les signes urinaires font défaut le rein est un véritable parent pauvre, auquel on ne pense qu'après avoir éliminé les autres tumeurs abdominales". (MARCEL & PRUNIER).

Différents examens paracliniques et en particulier le lavement baryté et la cholangiographie peuvent être d'une grande utilité dans ce domaine abdominal ; dans le cadre duquel on peut essentiellement discuter :

Certaines HEPATOMEGALIES :

On n'évoque pas les trop répandus gros foies cirrhotiques, mais certaines hépatomégalies tumorales.

Ce problème peut se poser en cas de kystes rénaux à parois épaissies et dures ; l'élasticité habituelle de ces kystes ne prête par contre pas à discussion avec la dureté des foies tumoraux. Le kyste séreux est par ailleurs lisse à la palpation, le foie tumoral est le plus souvent irrégulièrement bosselé. Le critère de la mobilité aux mouvements respiratoires est peu utilisable, kyste séreux et foie tumoral ont tous deux une grande mobilité habituelle lors de ces mouvements (SURRACO).

Un fait est capital : souvent en cas de tumeur d'origine rénale (et partant de kyste séreux) on peut introduire les doigts entre le pôle supérieur du kyste (le rein porteur étant par ailleurs le plus souvent ptosé) et le rebord inférieur du foie.

Il faut tenir largement compte du contact lombaire fréquent du kyste rénal, fait inexistant en cas de tumeur hépatique.

Par ailleurs ces hépatomégalies s'accompagnent d'un cortège sémiologique (ictère - accès fébriles ...) d'une atteinte de l'état général, de données biologiques ... inexistantes dans les kystes séreux du rein.

Certaines GROSSES VESICULES :

De grosses vésicules calculeuses ou tumorales peuvent être parfois discutées, certains kystes

réseaux droits calcifiés et durs pouvant prêter à confusion. L'hydrocholécyste en tant que tumeur globuleuse résultant de l'enclavement d'un calcul à facettes dans la voie biliaire accessoire est un cas fréquent.

"Certains opérateurs ont pu ouvrir primitivement l'hypochondre droit croyant découvrir une vésicule biliaire calculeuse ..." (COUVELAIRE).

L'étude clinique (et l'existence d'un contact lombaire est le meilleur critère), les épreuves fonctionnelles hépatiques, les examens cholangiographiques, contribuent à différencier l'origine topographique de la tumeur.

Des ASCITES :

Il est fréquent de les évoquer d'emblée en présence d'abdomens sous-tendant des kystes séreux réseaux très volumineux. Le malade de notre observation I avait été adressé pour "ascite".

L'ascite sur un sujet en decubitus dorsal "s'étale dans les flancs". Une prééminence abdominale peu ou pas variable aux changements de position (entendons que la tuméfaction abdominale donne l'impression de se déplacer "en bloc") n'évoque pas a priori l'ascite. Il faut certes tenir compte de la qualité des parois musculaires, et de la fréquente association d'une lame d'ascite. La matité d'une ascite est variable avec les différentes positions imprimées au sujet. La matité d'un kyste séreux extériorisé au plan abdominal est fixe. La palpation d'un kyste délimite dans la règle tout ou partie de ses contours accessibles. Cette sensation de masse perceptible n'existe pas dans les ascites. Si des ascites peuvent sous-tendre des tuméfactions abdominales étiologiquement responsables (néoplasies intestinales - kystes végétants de l'ovaire ...) ces deux ordres de faits sont différenciés, en particulier après ponction exploratrice puis évacuatrice qu'il semble préférable de pratiquer en milieu chirurgical.

Lorsque la tuméfaction sous-jacente est perceptible, le diagnostic différentiel de tuméfactions abdominales se trouve à nouveau posé.

Différentes également des aspects des kystes séreux sont les ascites cloisonnées. Par ailleurs dans tous les cas où l'on peut avoir des doutes quant à la variabilité d'une ascite, on ne manque pas de rechercher les signes éventuels des séries éthylique, tuberculeuse ou néoplasique.

Pour illustrer une partie de ces faits, nous reprenons notre première observation. On notait un abdomen généralement distendu, mais présentant néanmoins une voussure de l'hypocondre gauche. Il n'y avait pas de déplissement ombilical, pas de circulation veineuse collatérale. La palpation mettait en évidence une masse sensiblement globuleuse, mate et élastique. La matité de l'hypocondre gauche ne variait pas avec les différentes positions du sujet.

Des TUMEURS INTESTINALES :

Les tumeurs du grêle sont rarissimes. Le cas le plus fréquemment soulevé est celui des tumeurs coliques et en premier lieu des tumeurs angulaires. Cliniquement, s'il existe assez souvent une symptomatologie digestive d'emprunt dans les kystes séreux du rein, elle n'est pas superposable à celle des tumeurs coliques. L'atteinte de l'état général n'est d'ailleurs absolument pas comparable.

Après une phase habituelle de troubles disparates et frustes, les tumeurs coliques sont essentiellement responsables de troubles du transit et d'accidents sub-occlusifs. A ce stade il peut exister une tuméfaction perceptible qui donne plus souvent d'ailleurs la sensation d'une gangue cancéro-inflammatoire que la sensation d'une tumeur circonscrite et univoque.

Le lavement baryté trouve dans ce domaine ses indications et ses renseignements majeurs. Les signes radiologiques les plus caractéristiques des tumeurs coliques sont des images intestinales de rétrécissement et de lacunes, constantes sur les différents clichés. Lorsque le diagnostic s'oriente nettement vers la lésion intestinale il est utile de compléter le lavement opaque par des clichés pris après évacuation et insufflation colique.

Le lavement baryté pratiqué sur notre premier malade ne décèle aucune lésion intestinale, mais extériorisa par contre une compression extrinsèque responsable des seules modifications spatiales du cadre colique.

Rappelons que les kystes séreux du rein peuvent ouvrir l'angle colique gauche dans lequel ils s'inscrivent, et abaisser l'angle colique droit.

Des TUMEURS SPIENIQUES :

C'est un diagnostic important des kystes rénaux de l'hypocondre et du flanc gauche.

Les splénomégalias peuvent en particulier relever d'hémopathies, de réticulo-endothélioses, de parasitoses..., être isolées ou n'être que l'élément d'un syndrome. Tous faits à prendre en considération dans l'étude des malades. L'élément dominant de ce cadre diagnostique étant bien entendu la splénomégalie isolée.

SURRACO insiste sur les relations intimes des tumeurs de la loge splénique avec le plastron costal : on ne peut introduire les doigts entre le rebord costal et la tuméfaction splénique.

La palpation d'un bord crénelé est également un signe majeur de splénomégalie, mais il n'est pas toujours facile à extérioriser.

La pratique du lavement baryté, montre que les tumeurs spléniques ne s'inscrivent pas dans l'angle colique gauche, mais au contraire qu'elles dévient et ferment cet angle.

On ne manque pas de recourir à tous les examens complémentaires éventuellement nécessaires : examen du sang circulant, ponction sternale, pour éliminer les hémopathies, examens parasitologiques...

Chez les malades de nos trois observations, on élimina assez rapidement une atteinte splénique. Il ne pouvait s'agir de splénomégalias, éléments d'un syndrome : on était en présence de tuméfactions isolées.

Ces masses n'étaient certainement pas spléniques : on pouvait introduire les doigts entre elles et le rebord costal. Par ailleurs on n'extériorisait pas de signes d'hémopathies ou de réticuloendothélioses. Les examens hématologiques étaient normaux.

Des TUMÉFACTIONS PANCREATIQUES :

Il peut s'agir avant tout de kystes ou de tumeurs de la queue du pancréas. Ce sont des tumeurs immobiles aux mouvements respiratoires, qui peuvent donner un contact lombaire. Rappelons la grande mobilité des kystes séreux du rein.

Supra mésocoliques et de grandes dimensions, elles refoulent l'angle colosplénique qu'elles soulèvent

et entraînent des déformations au niveau des tubérosités de l'estomac.

Inframésocoliques, elles sont difficiles à différencier des tumeurs d'origine rénale sans signes urinaires. Elles lèvent le colon transverse et s'inscrivent dans l'angle gauche. Elles se compliquent fréquemment de réactions inflammatoires. On peut être amené à palper des tuméfactions à type de gangue ou de plastron, s'étendant du flanc gauche à la région épigastrique. Ces masses n'ont pas le caractère lisse des kystes séreux rénaux.

On s'aide autant faire que se peut des signes cliniques de la série pancréatique (amaigrissement sévère - selles fréquentes, abondantes, pâteuses et graisseuses - troubles dyspeptiques - épigastralgies...) de l'exploration biologique du pancréas (amylasémie - amylasurie...) et d'un bilan radiologique étendu (lavement baryté - radiographies gastro-duodénales - radiographies urinaires...).

LES TUMEURS DU MESENTERE et en premier chef les KYSTES DU MESENTERE :

"Ce sont des affections que l'on cite souvent et qui pourtant sont d'une très grande rareté."
(ROBERT).

Elles sont en effet beaucoup plus rares encore que les kystes séro-hématisés du rein. Comme eux, elles sont fréquemment latentes. Elles se présentent comme des tuméfactions mates occupant tout ou partie du plan abdominal, avec une prédominance pour la région ombilicale ou les flancs. Leur surface est lisse et arrondie parfois mamelonnée en cas de kystes multiloculaires ou de tumeurs solides. Ce sont des masses mobiles et indépendantes des organes avoisinants. Les malades porteurs étant en position de TRENDLENBURG la tumeur émigre vers l'étage supérieur de l'abdomen. Si la tumeur est fixée en arrière, son diagnostic est pratiquement impossible d'avec les tumeurs rétro-péritonéales.

Les critères cliniques différentiels sont peu nets. On s'aidera du lavement baryté et des examens radiologiques urinaires. Mais il n'existe aucun critère décisif. Les tumeurs abdominales, peuvent d'ailleurs perturber les urographies (GULLAND) et celles-ci peuvent être normales en cas de kystes séreux.

La tuméfaction du malade de notre observation fut envisagée comme pouvant être un kyste mésentérique. L'intervention eut d'ailleurs lieu par voie abdominale.

Il nous faut dire enfin un mot de certaines :
TUMEURS D'ORIGINE GENITALE chez la femme :

Il peut s'agir en particulier des kystes de l'ovaire abdomino-pélviens, de kystes ovariens à long pédicule.

La perception du bord supérieur de la tumeur, la délimitation difficile de son bord inférieur (alors que l'on palpe en général assez facilement le bord inférieur d'un kyste rénal) le toucher vaginal combiné au palper abdominal, l'exploration en position de TRENDELENBURG, sont des éléments habituels de diagnostic.

Diagnostic différentiel "rénal" :

Le problème se trouve posé d'une affection tumorale de la sphère rénale. Généralement les examens radiologiques urinaires appuyés sur l'examen clinique amènent à cet ordre de faits, après discussion et élimination habituelles des diagnostics précédemment envisagés.

Dans quelques cas le diagnostic topographique est immédiatement posé : extériorisation lombaire d'une tuméfaction donnant le contact lombaire -- signes urinaires évidents, en particulier hématuries...

L'absence habituelle de perturbations des examens paracliniques extra-radiologiques, constitue d'autre part, on l'a vu, un important argument d'ordre diagnostique.

Nous envisageons tout d'abord trois ordres de faits : les tumeurs paranéphrétiques,
les ptoses rénales,
les hydronéphroses.

DES TUMEURS PARANEPHRETICIQUES :

Quoique par définition "pararénales", les tumeurs paranéphrétiques semblent pouvoir être envisagées dans ce plan rénal. Ces tumeurs sont solides ou liquides, constituant alors les kystes paranéphrétiques.

Les kystes paranéphrétiques opérés ont un pronostic régulièrement favorable. Les tumeurs solides ont souvent par contre un pronostic des plus sombres.

Les tumeurs paranéphrétiques se différencient des tumeurs rénales par des caractères anatomiques (elles sont toujours prérénales et ne sont jamais d'origine sous-capsulaire) mais leur symptomatologie clinique recouvre en grande partie celle des kystes séro-hématiques du rein. Elles donnent le contact lombaire. Elles altèrent plus rapidement l'état général que les kystes séreux. Elles peuvent être responsables d'accidents sub-occlusifs. Les examens radiologiques urinaires mettent en évidence un fréquent refoulement des uretères vers la ligne médiane, mais par contre n'extériorisent pas d'images d'atteintes intra-rénales. La pyélographie n'est pas déformée.

Les ptoses rénales et les hydronéphroses constituent deux processus susceptibles de s'intriquer avec les kystes séreux du rein. Certains kystes séreux rénaux peuvent en effet être responsables d'hydronéphroses (kystes polaires inférieurs volumineux) et de ptoses rénales (kystes polaires supérieurs).

Des PTOSES RÉNALES :

En pratique, elles sont le fait de la femme et affectent le rein droit. Elles se présentent chez des sujets amaigris, comme des tumeurs du flanc ou de la fosse iliaque. Le caractère essentiel du rein ptosé est sa facile réductibilité dans la fosse lombaire - cette réductibilité persiste en decubitus.

Si la néphroptose relève d'un facteur tumoral (kyste séreux du rein - tumeur surrénalienne), il y a par contre irréductibilité du rein ptosé. Ce cas est de loin le moins fréquent.

La néphroptose doit être différenciée du rein ectopique. Souvent bien tolérée, elle peut se compliquer d'infection, d'hématurie, et d'hydronéphrose.

Des HYDRONEPHROSES :

Le terme créé par BAYER couvre un domaine étendu et implique de multiples causes. Certains auteurs lui préfèrent le terme de néphro-pyélectasie. COUVEILLATRE envisage des hydronéphroses par obstacle,

des hydronéphroses par malfaçons congénitales,
des hydronéphroses "fonctionnelles".

MARCEL & PRUNIER traitent de l'hydronéphrose symptomatique et de l'"hydronéphrose maladie".

Par ailleurs le type d'hydronéphrose qui s'inscrit dans ce cadre diagnostique est celui d'une tumeur régulière, tendue ou élastique, donnant le contact lombaire. Il convient, l'hydronéphrose établie, d'en rechercher les facteurs responsables.

L'hydronéphrose "en soi" est essentiellement diagnostiquée par l'exploration radiologique de l'arbre urinaire et par l'exploration instrumentale de l'appareil uro-génital. Tous les renseignements obtenus sont confrontés avec l'étude clinique préalable et les résultats des épreuves fonctionnelles rénales.

Les images radiologiques sont multiples, intéressent ou non l'ensemble des voies excrétrices. Le produit de contraste peut ne passer que très tardivement au-delà des calices. Les images les plus typiques sont celles de dilatations intéressant tout ou partie des voies excrétrices.

La cystoscopie renseigne sur l'état de la vessie et des méats urétéraux. Elle prélude au cathétérisme urétéral, lequel extériorise le volume de la rétention urinaire, et permet les examens des urines séparées.

Nous envisageons maintenant :

LA MALADIE POLYKYSTIQUE DES REINS :

En dehors de ses formes cliniques unilatérales, la polykystose rénale est bien différente des kystes séreux. Nous avons déjà envisagé une partie de ces problèmes. La polykystose entraîne une insuffisance rénale progressive qui n'existe pas dans les kystes séreux. Les explorations radiologiques urinaires mettent le plus souvent en évidence des pyélographies écartelées, avec prédominance de lésions calicielles. L'angiographie rénale serait d'un grand intérêt en cas de diagnostic douteux. (BILLING).

LE KYSTE HYDATIQUE RENAL :

Parissime en France métropolitaine, il réalise une "tuméfaction" rénale fermée ou ouverte dans les voies excrétrices. Le kyste séreux rénal ne communique pratiquement jamais avec les voies excrétrices.

Ses caractères cliniques, radiologiques ("signe de la coupe", "signe du croissant", "signe de la grappe"...), son syndrome biologique (éosinophilie sanguine - réaction de CASONI - réaction de WEINBERG-PARVOU-IMAZ...) contribuent à le différencier spécifiquement.

Avant d'envisager le diagnostic le plus important : les cancers du rein, nous ne ferons que citer :

Des TUMEURS SURRÉNALIENNES, avec leurs critères endocrinologiques.

Des INFECTIONS MICROBIENNES, réalisant le tableau de "gros reins" pyréphrétiques ("anthrax du rein"). BARNES et HADLEY insistent sur la ressemblance d'images pyélographiques dues à certains kystes séreux et celles dues aux abcès du parenchyme rénal.

L'exceptionnel syphilome massif du rein, des tumeurs rares du rein sécréteur, considérés et traités en règle comme des cancers du rein...

Des CANCERS DU REIN :

De nombreux auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic "croisé" et différentiel, entre certaines néoplasies rénales et les kystes séreux du rein. L'on conçoit l'importance de ce problème sur les plans du pronostic et de la conduite thérapeutique.

Parmi les formes cliniques les plus habituelles des cancers du rein celles susceptibles au premier chef de simuler le kyste séro-hématique sont les formes géodiques.

"Simulant le kyste séreux bénin du rein, on conçoit l'intérêt que présente cette forme à qui ne serait averti qu'un nodule cancéreux peut s'excaver en son centre par nécrose et par hémorragie".(COUVELAIRE)

Toutes les formes de cancers du rein, réalisant le tableau de reins tumoraux, peuvent cependant simuler les kystes séreux.

Aucun signe clinique n'est pathognomonique ni d'une affection ni de l'autre. Dans les deux cas, il peut exister une tumeur palpable, lombo-abdominale, donnant le contact lombaire. Dans les deux cas peuvent

se manifester des hématuries...

Rattachées au groupe obscur des pyrexies néoplasiques, il existe des formes "fébriles" de cancers du rein, sans tumeur initialement perceptible ; l'élévation thermique se rencontre dans certains kystes séreux.

"La douleur, l'hématurie et une élévation thermique discrète sont plus fréquentes avec les tumeurs (malignes)" (O'CONOR).

Il n'existe par ailleurs aucun signe radiologique véritablement spécifique. Les images rencontrées dans une affection peuvent exister dans l'autre. Seule l'amputation calicielle ne se rencontre pratiquement pas dans les kystes séreux.

DARGET & BALLANGER ont rapporté deux observations avec leurs urographies de malades opérés pour kystes séreux du rein, et qui avaient en réalité des cancers. Ils ont également rapporté deux observations de kystes séreux du rein avec hématuries, où l'on est intervenu avec le diagnostic de néoplasmes du rein.

Ces Auteurs écrivent :

"En somme c'est dans deux cas que l'on se trompe assez facilement :

- tumeur rénale bien limitée sans retentissement important sur les cavités et sans hématurie ; on pense à un kyste, alors qu'il s'agit bien souvent d'un néoplasme développé sur la convexité du rein.
- tumeur rénale avec hématurie, même si à la radiographie il existe des contours nets, on pense en raison de la fréquence du néoplasme et à la rareté relative du kyste - nous n'avons vu que trois cas de kystes en trois ans - à un néoplasme rénal."

DARGET & BALLANGER concluent par les difficultés de l'interprétation radiologique et par l'intérêt d'associer dans les cas douteux les différentes techniques - en particulier l'urographie intraveineuse, l'urétéro-pyélographie rétrograde et le rétropneumopéritoine.

"En cas de kyste on visualisera très bien le contour du rein. En cas de néoplasme, les adhérences périphériques risquent fort de ne pas donner une aussi bonne visualisation."

Chez le malade de notre deuxième observation, on envisageait le diagnostic de cancer du rein comme étant

le plus vraisemblable. L'intervention découvrit un grand kyste du pôle inférieur du rein gauche.

L'angiographie rénale semble pouvoir être dans les cas particulièrement difficiles, l'examen ultime susceptible de trancher le diagnostic "antéopératoire".

Nous avons précédemment retranscrit la description de l'image obtenue chez un malade porteur d'un kyste séreux du pôle supérieur du rein gauche (...pédicule étiré, déployé "en ombrelle" autour d'une volumineuse poche kystique...)

"Toute différente est l'image d'un malade qui présentait également un volumineux rein gauche exclu et inexplorable. Dans ce cas, la richesse du chevelu artériolo-capillaire, l'aspect nuageux et irrégulier de la néphrographie, l'imprécision des limites parenchymateuses montrent qu'il s'agit d'une tumeur maligne ayant déjà envahi l'atmosphère péri-rénale : épithélioma rénal gauche massif (vérifié opératoirement)" (FABRE & Coll.).

Quoiqu'il en soit, -et plus généralement - dans les cas douteux où le diagnostic ne peut être tranché de façon nette "...la lombotomie est justifiée, l'existence et la fonction de l'autre rein ayant été jugées par l'urographie" (KUSS - BITKER - SIBOULET).

Ce n'est qu'en présence des lésions immédiatement visibles, s'appuyant sur les données cliniques et paracliniques obtenues, que le chirurgien pratique - ou non - les actes nécessaires et justifiés.

TRAITEMENT =====

Le traitement des kystes séreux du rein est d'ordre chirurgical. Cette affirmation est absolue chez les Auteurs de langue française, elle est plus nuancée chez certains Auteurs de langue anglaise. En fait, lorsque ces Auteurs énoncent que des kystes ne requièrent pas de traitement, ils sous-entendent des kystes "muets" cliniquement et évolutivement.

"Les kystes rénaux (séreux) ne demandent pas de traitement, à moins qu'ils ne soient tellement volumineux qu'ils sont alors palpables et cause de phénomènes de tensions et de douleurs". (BARNES & HADLEY).

Tous les kystes séreux du rein révélés cliniquement, tous les kystes "évolutifs", aboutissent tôt ou tard sur la table d'opération.

Un certain nombre d'impératifs, déjà envisagés, éclairent les conceptions opératoires admises actuellement sans conteste.

Les kystes séreux dépriment de minces zones cupulaires des parenchymes corticaux, zones desquelles ils sont issus, aucun plan de clivage n'existe entre eux et le rein. Leur énucléation est donc pratiquement impossible, anatomiquement injustifiée. Les seuls rares cas de kystes pédiculés peuvent permettre une "exérèse idéale en vase clos" (COUVELAIRE).

Retentissant peu ou pas sur le parenchyme rénal, ne perturbant qu'exceptionnellement les épreuves fonctionnelles rénales, les kystes séreux ne justifient pas d'opérations "larges". Il y a longtemps déjà CHEVASSU énonçait qu'il faut lutter "contre la néphrectomie dans les grands kystes du rein".

LES TECHNIQUES CHIRURGICALES :

L'ABLATION SIMPLE "EN COLLERETTE" :

La meilleure intervention, la plus rationnelle, celle qui doit être pratiquée c'est "l'ablation du kyste et rien de plus" (CHEVASSU).

"C'est même moins, si l'on peut dire, puisqu'il suffit après aspiration et ouverture du kyste, de réséquer la collerette pariétale en saillie sur le rein. Une cautérisation discrète de l'épithélium de la "cupule" laissée en place évitera la récidive" (KUSS - BITKER - SIBOULET).

Le kyste est dégagé ; on constate qu'il ne contracte pas d'adhérences avec les organes voisins. Le rein porteur est indemne de dilatations veineuses et de périnéphrite. On vide le contenu du kyste par aspiration puis on l'ouvre largement. On résèque la corticale rénale à quelques millimètres de la limite d'implantation du kyste. La zone cupulaire kysto-rénale est soit réséquée avec le minimum de profondeur soit ce qui est préférable, cautérisée au thermo-cautère ou par un agent chimique (alcool absolu). La fine suture de la plaie opératoire peut être effectuée sur "spongel-thrombase".

De nombreuses autres techniques chirurgicales ont été décrites et utilisées ; mais la majorité d'entre elles doivent être rejetées.

LA PONCTION :

C'était une méthode fort usitée et qui paraissait être des plus inoffensives. Elle est pratiquement abandonnée.

C'est une méthode aveugle, inopérante, et qui fut jadis fort dangereuse par les infections qu'elle entraînait.

Rappelons que AINSWORTH & VEST, Auteurs Nord-Américains, utilisent une technique de ponction-aspiration comme méthode de diagnostic et de traitement. Cette technique est pratiquée sous écran radiologique, avec prises de clichés avant et après l'injection d'une substance de contraste dans la poche kystique. Les éléments cellulaires du liquide kystique sont par ailleurs étudiés suivant la méthode de PAPANICOLAOU.

LA MARSUPIALISATION :

Cette méthode fut pratiquée (LIM - KHA-TI - MARTIN & RECAMIER - BOTREAU - ROUSSEL). Elle est abandonnée ; car inopérante et source de fistules interminables.

L'ENUCLEATION :

Les caractéristiques anatomiques des kystes séreux la condamnent.

LA RESECTION LARGE "en bloc" DU KYSTE :

Une série de variantes opératoires se groupent sous ce vocable, identifiable à celui de "néphrectomies partielles".

Ce sont des opérations qui furent largement pratiquées. SIMKOW pouvait écrire en 1932 : "La résection cunéiforme constitue l'intervention de choix dans les kystes du rein ; la technique varie suivant qu'on doit ou non entrer dans les calices".

Ces procédés doivent être rejetés et condamnés (COUVELAIRE - KUSS). La néphrectomie partielle est sans avantages, plus difficile que la résection simple "en collerette". Elle tranche dans du parenchyme rénal anatomiquement et fonctionnellement normal. Surtout, elle expose à l'ouverture des voies excrétrices, source de fistules urinaires et de réinterventions.

LA NEPHRECTOMIE TOTALE :

Le kyste séreux est une lésion bénigne et pour toutes les raisons déjà exposées, la néphrectomie - hormis quelques cas particuliers - est injustifiée.

"Lorsque le kyste est gros et que son ablation détermine un large espace mort, le tissu graisseux périnéal sera amené en hamac au-dessous du rein. Si le rein est fortement abaissé et mobile, une néphropexie peut terminer l'opération ". (COUVELAIRE).

LES INDICATIONS OPERATOIRES :

- Le diagnostic de lésion rénale n'est pas établi :

C'est généralement le cas d'une "tuméfaction abdominale" qui n'a pas fait la preuve certaine de son origine et de sa nature.

Le chirurgien intervient le plus souvent par voie abdominale. Le kyste découvert, est largement dégagé. S'il présente tous les caractères d'un kyste séreux bénin non suppuré (paroi fine, peu vascularisée...) les manœuvres

vres opératoires peuvent être exécutées par voie trans-péritonéale. Le kyste vidé de son contenu, son excision est pratiquée suivant la technique d'ablation simple en collerette. C'est uniquement "la main forcée" que le chirurgien peut être amené dans quelques rares cas à pratiquer une néphrectomie. Si l'aspect morphologique du kyste découvert est différent, si sa paroi est dure, si elle est très vascularisée, s'il existe des doutes quant à la nature de la tumeur, il est préférable de surseoir à cette intervention par voie abdominale. Il semble préférable, après une nouvelle étude clinique et paraclinique de réintervenir par voie lombaire, sans aucune idée préconçue quant aux modalités opératoires applicables.

- Le diagnostic de lésion rénale est établi :

Dans quelques cas le diagnostic de kyste séreux bénin est fait avant l'intervention. Dans la majorité des cas, on intervient pour une lésion tumorale rénale, et la lombotomie est le premier temps de l'acte opératoire. Le diagnostic de kyste séreux est confirmé ou établi par un examen minutieux des lésions : on pratique l'ablation simple en "collerette" du ou des kystes.

La néphrectomie n'est justifiée que dans quelques rares cas, en particulier lorsque :

- . le rein porteur est lésé, atrophié, remanié, porteur de volumineuses dilatations veineuses, qu'il saigne abondamment aux manoeuvres opératoires, qu'il est le siège de réactions inflammatoires, de réactions de scléro-lipomatose...
- . le kyste extériorisé ne présente pas les caractères habituels et bénins du kyste séreux. Qu'il est impossible de dire "rein en main" s'il s'agit d'un kyste séro-hématique ou d'un néoplasme.

L'association de ces ordres de faits peut amener à pratiquer une néphrectomie. Mais avant de l'entreprendre, encore faut-il peser "le pour et le contre", repenser l'âge du malade, la clinique, les résultats radiographiques et paracliniques, qui ont jugé de l'existence et de la fonction de l'autre rein.

CONCLUSIONS

=====

A l'occasion et à la lumière de trois observations de kystes séreux du rein, nous avons cru intéressant d'analyser dans cette thèse les différents caractères de ces kystes.

1) AU POINT DE VUE CLASSIFICATION on sait que l'en décrit :

- Les grands kystes dits "solitaires". Ce sont eux qui sont l'objet de nos observations.
- Les reins polykystiques.
- Les parasitoses kystiques rénales.

Ces différentes formations kystiques s'opposent par leurs caractères anatomiques, anatomo-pathologiques, et par leurs caractères cliniques.

On ajoute à cette classification les kystes paranéphrétiques - à développement prérénal - et ne naissant pas du tissu rénal.

2) AU POINT DE VUE PATHOGENIQUE

L'origine de ces kystes séreux dits "solitaires" doit être congénitale.

3) AU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

MACROSCOPIQUEMENT : ces kystes sont :

- unilatéraux,
- de nombre peu élevé,
- généralement polaires et le plus souvent polaires inférieurs,
- à point de départ de la corticale du rein,
- leur expansion est centrifuge,
- ils n'affectent pas ou du moins peu le parenchyme rénal.
- ils sont en règle sessiles d'où l'impossibilité de leur énucléation
- ils n'adhèrent pas aux organes voisins. Ils les refoulent.

MICROSCOPIQUEMENT :

Ces kystes comprennent au maximum trois couches :

- une couche externe fibreuse (capsule fibreuse propre du rein)
- une couche moyenne conjonctive,
- une couche interne épithéliale.

4) AU POINT DE VUE CLINIQUE

On souligne d'emblée les difficultés du diagnostic car la symptomatologie est une symptomatologie d'emprunt.

- Les signes généraux sont généralement inexistants,
- Les signes fonctionnels sont peu accusés,
- La symptomatologie physique est le plus souvent faite d'une masse abdominale, lisse, régulière, arrondie, mate, indolore, et mobile avec les mouvements respiratoires.

5) Dans le cadre DES FORMES CLINIQUES on individualise

- Des formes abdominales,
- Des formes urologiques,
- Des formes thoraciques.

6) Dans le cadre des INVESTIGATIONS PARACLINIQUES

La radiographie du cadre colique par lavement baryté, l'urographie intra-veineuse et la pyélographie ascendante sont essentielles.

- Le lavement baryté montre l'intégrité colique et le refoulement péri-tumoral du colon.
- L'urographie intraveineuse et la pyélographie ascendante mettent assez fréquemment en évidence des déformations calicielles pyéliquies ou urétérales, permettant de soupçonner et parfois même d'affirmer le kyste rénal.

- L'angiographie rénale de connaissance plus récente a pu également donner d'utiles renseignements.
- Enfin on n'observe généralement aucune altération d'ordre néphritique.

7) AU POINT DE VUE EVOLUTIF :

L'évolution de ces kystes est bénigne, mais laissée à eux-mêmes, sans le secours de l'intervention chirurgicale, il faut redouter l'extension progressive des kystes responsables de compressions, les hémorragies intrakystiques, les suppurations.

8) AU POINT DE VUE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Il faut dans une première étape localiser la masse tumorale au rein, et éliminer :

- les ascites- les tumeurs hépatiques, vésiculaires, spléniques, pancréatiques, coliques, ovariennes ; plus rarement les tumeurs mésentériques et les tumeurs de l'intestin grêle.

Et lorsque la localisation rénale est effectuée, éliminer les tumeurs paranéphrétiques, la Maladie polykystique, les hydronéphroses, et surtout les cancers du rein.

Cette dernière étape, souvent délicate, ne peut être franchie que grâce à l'appoint des examens paracliniques. quelquefois même seule l'intervention chirurgicale permet de rectifier une erreur clinique possible ou d'affirmer une hypothèse émise seulement avec quelque fragilité.

9) Dans le cadre THERAPEUTIQUE :

Seule l'intervention chirurgicale semble logique. Mais il doit s'agir d'une intervention limitée, portant uniquement sur le kyste qui doit être enlevé par ablation simple "en collerette".

La ponction, la marsupialisation, l'énucleation, la résection large, sont autant de techniques chirurgicales périmeées.

La néphrectomie totale, sauf quelques cas exceptionnels, n'est pas justifiée.

Vu, le Président de Thèse,

Vu le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

Professeur JUSTIN-BECANCON

Professeur L. BINET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILLÉ

BIBLIOGRAPHIE

=====

- ACHARD Ch. : Le liquide des kystes du rein et de l'hydro-néphrose expérimentale.
Archives Franco-Belges de Chirurgie 31-359-1929
- ANDERSON W.A.D. Pathology ; "cysts of the kidney". H. Kimpton. London 1953
- D'ARMENT : Des reins kystiques. Thèse Paris 1912.
- BALLOTI (Bologne). Sur le "kyste solitaire séreux" du rein.
Clinica lère année n°6 p.625-653 1935.
- BARNES R.W. et HADLEY H.L. : Urological Practice. "renal cysts". "solitary cysts". The C.V. Mosby Cy. St. Louis (U.S.A.).
- BERGER J. : Un cas de grand kyste du rein.
Bulletins et Mémoires Société Nationale de Chirurgie Paris 11 Juillet 1934 p.1029.
- BOTTO-MICCA A. : Sopra alcuni casi di cisti sier. d. rene.
Policlin. sez. chir. 35ème année. f.6. p.303 1928
- BOTREAU ROUSSEL : Volumineux kyste hématique du rein droit.
Bulletins et Mémoires Société Anatomie Paris 92, 8-9, p.374 1922;
- BRAASCH. WILLIAM. HENDRICK : Renal cysts, simple and otherwise
American j. urology 51.1.1944
- BURLAKOW : Des kystes solitaires des reins.
J. soc. chir. 6,438 1931
- CARRARO-WURCMEISTER : Kystes solitaires du rein. Rassegna
Clinica scientifica 15ème année n°2 p.59-67 1937
- CHALKLEY. SUTTON. LEE : Infected solitary cyst of the kidney
in a child.
Am. J. Urology 50. 414. 1943
- CHEVASSU M. : Contre la néphrectomie dans les grands kystes
du rein.
Bulletins et Mémoires Société Nationale Chirurgie p.1352 21 novembre 1923.

- CHEVASSU M. : "Kystes du rein" en Pratique Médico-chirurgicale 3ème éd. p.708 Masson Ed. Paris 1931.
- COUVELAIRE R. : Nouveau précis de pathologie chirurgicale tome VI. Masson Ed. Paris 1947
- COUVELAIRE. HICKEL & CORNET : Journal de Radiologie. 30,113 1949.
- DARGET & BALLANGER : A propos des difficultés de diagnostic des kystes solitaires du rein. Journal d'urologie médicale et chirurgicale. Masson Ed. P.199-200 1952.
- EBHARDT KL. Uber grosse Nierencyste beim vier wochenalten sauglinge Nephrect. Heilung. Deutsche z. chir. 232,426 1931.
- ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE.
 - REIN II "lésions kystiques du rein" (R. COUVELAIRE)
 - "tumeurs paranéphrétiques" (J. MIALARET & THEVENOT)
 - "cancers du rein" (R. COUVELAIRE)
- PEDIATRIE -SECONDE ENFANCE II "tumeurs du rein (G.LAURET)
- FABRE P. & Collaborateurs : "Notre expérience en angiographie rénale". Semaine des Hôpitaux de Paris. Annales de Chirurgie février.1957
- FISH. WINTHROP : Large solitary serous cysts of the kidney J.a.m.a.112,514 1939.
- FISTER G.M. : Simple serous cysts of the kidney. Am. j. Urology 49,408; 1943
- GUINSBOURG : Les grands kystes séreux du rein. Thèse Paris 1903
- GUTIERREZ : Revista de Cirurgia Argentina 1927
- GUTIERREZ : Large solitary cysts of the kidney . Archiv. Surgery 44,279 1942
- HAULEY. HOWARD. STEEL. ARKLY : The solitary ectopic pelvic kidney. British j. surg. 34, 402 1947
- HERBST. VYNALIK. Solitary serous renal cysts with a study of Roentgen observation . J. Am. Med. Ass. 96,597 1931.

- HOWZE. HILL. JOHN : Unilateral multiple cysts of the kidney
J. Uro. 61,187 1949
- JUNKER J. : Diagnostic des kystes solitaires du rein.
Zeit. für uro. t. XXIX n°10 p.709,713 1935
- KUSS. BITKER. SIPOULET : Urologie. Pathologie chirurgicale
de F. D'ALLAINES éd. Med. Flammarion.
- HERBUT P.A. : Urological Pathology
Vol. I. Lea et Febiger. Philadelphia 1952
- HEUKE und LUBARSCH : Handbuch d. spez. Path. und Anatomie
vol. VI I
- LATTERI S. : Contrib. clin. e richersch. sper. sullo. patho-
gen. dell. cist. sol. del ren.
Archives Société Italienne Chirurgie CXVIII 1930
- LAQUIERE : Kystes séreux du rein et opérations conservatrices
Journal de Chirurgie t. XXVI p.257 1925
- LEDoux-LEBARD : Manuel de radiodiagnostic clinique p.1251,
1781-1783
- LEGUEU & PAPIN : Précis d'Urologie Maloine éd. Paris 1921
- LETULIE & VERLIAC : Rapport XVème Congrès de la Société
française d'Urologie 1911.
- LIM-KHA-TI : A case of a retr. renal cyst. Nat. Med. J.
China 16,756 1930 (in Zeitung für Uro. Chir.)
- MARCEL J.E. & LOYAU G. : Polykystose rénale.
Gazette Médicale de France. Pathologie rénale
p.925 25 mai 1956
- MASSON P. : "Tumeurs humaines". Maloine éd. Paris 1956
- MICHON E. : Réflexions sur les grands kystes séreux du rein.
Archives Franco-belges de Chirurgie 31-824 1928
- MICHON E. : Kystes séreux du rein. Journal d'Urologie 14
n°2 p.157 1922
- MONDINI : Contribution à l'étude des grands kystes séreux
du rein.
Clinica Med. Ital. 66ème année fascicule 6
p.540-559 1935
- NEUWIRT : Ein Solitärzyste der Niere sitz d. urol. ges. in
Wien. in Zeitung für uro-chiru. 31,55 1930

- OPPENHEIMER. GORDON. NARIUS. LESTER : Unilateral polycystic kidney disease J. urology 61-866 1949.
- PATEL & MALLET Guy : Grand kyste suppuré du rein gauche. Journal d'urologie n°4 316 1925
- PATEL & TUBIANA : Les tumeurs primitives rétropéritonéales Annales d'Anatomie Pathologique 17.n°4 329-389 1947
- PILLET : Kystes séreux du rein. Journal d'urologie 28. 103 1929
- POUSSON A. : Les kystes du rein. Journal de Médecine de Paris 42 n°16,315 ; n°17,337 1923
- REBIZZI B. : Cisti sierosa del rene. gaz. d. Ospedale t. I p.471 1929
- SECRETAN : Grands kystes du rein. Journal d'Urologie t.27 n°I p.5 1929
- SCHMIDT A. : Des kystes solitaires des reins. Zschr. uro. 34 n°10 476-493
- SIMKOW A. : Les grands kystes séreux du rein. Thèse Paris 1932
- SMITH. ABBEY : Solitary cyst of the kidney. British J. Uro. 20,8 1948.
- SURRACO L.A. : Le kyste hydatique des voies urinaires. Le kyste rénal. Le kyste rétro-vésical. Maloine éd. Paris 1954
- TRISKA H. : Ein Fall von Solitärzyste der Niere und Papillom im oberen Nierenkelch. In Journal d'urologie médicale et chirurgicale p.419- 1952
- YEARBOOK OF UROLOGY 1952 200 east Illinois street. Chicago II p.94-96.

TABLE DES MATIERES

=====

- Introduction	1
- Historique. Considérations générales. Essai statis- tique	2
- Kystes séreux solitaires du rein	6
Observation I	7
Observation II	12
Observation III	15
- Définition. Essai sur les classifications des for- mations kystiques rénales	18
- Pathogénie	22
- Anatomie Pathologique	24
- Etude clinique et paraclinique	30
Signes généraux	31
Signes fonctionnels	
Signes physiques	
Formes cliniques	33
Investigations paracliniques	35
Evolution, Pronostic	41
- Diagnostic différentiel	45
Diagnostic différentiel extra-rénal	45
Diagnostic différentiel rénal	51
- Traitement	57
Techniques chirurgicales	57
Indications opératoires	59
- Conclusions	61
- Bibliographie.	

